

SÓNIA MARIA FERREIRA DIAS

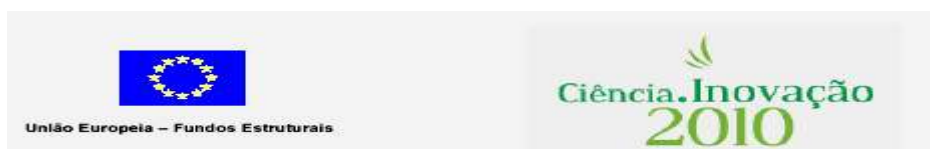
**CONTRIBUIÇÃO PARA O CONHECIMENTO
DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS NOS ADOLESCENTES:
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA**

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

LISBOA 2005

SÓNIA MARIA FERREIRA DIAS

Bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/5058/2001) financiada pelo
POCI 2010 – Formação Avançada para a Ciência – Medida IV.3
Área de Saúde Internacional
Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa



**CONTRIBUIÇÃO PARA O CONHECIMENTO
DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS NOS ADOLESCENTES:
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA**

Dissertação para obtenção do grau de Doutor
No ramo de Saúde Internacional
Especialidade de Saúde Internacional
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
LISBOA 2005**



AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho quero expressar o meu maior agradecimento. Gostaria mais especificamente de agradecer:

À Professora Doutora Aldina Gonçalves que me apresentou a oportunidade de realizar este desafio. A ela agradeço profundamente a confiança que em mim depositou durante todo este processo, e principalmente, a sua amizade e os ensinamentos sábios de nível profissional, mas também de nível pessoal e de vida que me fizeram crescer enquanto investigadora e pessoa.

À Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, à qual estou muito grata pela sua orientação, pelo seu conhecimento e exigência e pelas palavras continuas de incentivo e apoio. Queria ainda agradecer a oportunidade de pertencer à equipa do Aventura Social e Saúde e do projecto internacional "Health Behaviours in School Aged Children (HBSC/OMS)" que coordena.

Ao Professor Doutor Jorge Torgal pela sua disponibilidade para co-orientar este trabalho, e pelas pequenas grandes sugestões que se revelaram sempre uma enorme mais valia no desenvolvimento da tese.

Ao Professor Virgílio do Rosário, coordenador do Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, centro de investigação ao qual pertenço, pela forma especial como ensina a procurar a excelência na investigação e pelo apoio e amizade sempre presentes no relacionamento que temos tido no Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

À todos os elementos das Unidades de Ensino e Investigação da área de Saúde Internacional por me fazerem sentir em casa e em especial ao Prof. Doutor Paulo Ferrinho pelo seu valioso contributo, à Prof. Doutora Luzia Gonçalves pela amizade e revisão do trabalho de análise estatística.

Às Comissões Executivas das escolas que participaram na aplicação do questionário e na realização dos grupos focais pela forma como prontamente permitiram a recolha de dados.

Aos alunos, que colaboraram nos dois estudos, em especial aos que comigo partilharam as suas ideias e experiências de vida. Os seus testemunhos constituíram parte da matéria-prima deste trabalho. O meu profundo agradecimento.

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical como instituição de acolhimento do projecto. À Fundação para a Ciência e Tecnologia, que me concedeu a bolsa de doutoramento e à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA que me financiou várias participações em congressos de relevância científica. Às entidades financiadoras do estudo nacional "HBSC/OMS", a Fundação para a Ciência e Tecnologia e a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

À equipa do Aventura Social e Saúde, em especial à Prof. Doutora Celeste Simões e à Dra. Tania Gaspar.

Ao Dr. Rui Brites, pelo seu incansável apoio quando mais precisei dele.

Contudo, este trabalho só foi possível dado o apoio e incentivo da minha família. Ao Rui por inúmeras razões... mas principalmente por tão bem conseguir fazer-me sentir que este projecto faz parte de um todo e que quase tudo se consegue ultrapassar... Ao meu João, pelo seu constante sorriso, que tão bem me faz, apesar de por vezes não lhe ter disponibilizado todo o tempo que merecia. Aos meus pais, pela sua disponibilidade para os momentos mais difíceis, por serem tão bons avós e principalmente pelo que sou... Ao meu irmão pela sua ajuda e humor.

Ao meu tio, Francisco Antunes, pela colaboração na revisão do texto.

Aos meus amigos, por todo o apoio e compreensão da indisponibilidade.

A todos mais uma vez, muito obrigada.

ÍNDICE

ÍNDICE	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	IX
PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS ELABORADAS A PARTIR DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NESTA DISSERTAÇÃO	XI
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XV

INTRODUÇÃO..... 1

OBJECTIVOS DO TRABALHO	8
PLANO DO TRABALHO	8

CAPÍTULO 1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA 11

1.1 O VIH/SIDA E A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO	11
1.2 PERSPECTIVA GLOBAL DAS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA EPIDEMIA VIH/SIDA	12
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA	18

CAPÍTULO 2 - ADOLESCENTES E SAÚDE 27

2.1 ADOLESCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE	27
2.2 SAÚDE DOS ADOLESCENTES	30
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA NOS ADOLESCENTES	34

CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM ECOLÓGICA NO ESTUDO DOS FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS 43

3.1 ABORDAGEM ECOLÓGICA	43
3.2 FACTORES INDIVIDUAIS	44
3.3 FACTORES FAMILIARES	55
3.4 FACTORES INTERPESSOAIS (RELACIONADOS COM OS PARES)	61
3.5 FACTORES ESCOLARES	68
3.6 FACTORES COMUNITÁRIOS	71

CAPÍTULO 4 - ESTUDO QUANTITATIVO 79

4.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO	79
4.2 MÉTODO	79
4.2.1 Tipo de estudo	79
4.2.2 Amostra	79
4.2.3 Instrumento de recolha de dados	80
4.2.4 Procedimento	81
4.2.5 Tratamento e análise de dados	82
4.3 RESULTADOS	83
4.4 DISCUSSÃO	110

CAPÍTULO 5 - ESTUDO QUALITATIVO 125

5.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO	125
5.2 MÉTODO	125
5.2.1 Grupo Focal ("Focus Group")	125
5.2.2 Modelo do estudo	131
5.2.3 Amostra	132
5.2.4 Instrumentos de recolha de dados	133
5.2.5 Procedimento	135
5.2.6 Tratamento e análise de dados	136

5.3. RESULTADOS	136
5.3.1 Factores individuais	137
5.3.2 Factores familiares	164
5.3.3 Factores interpessoais	171
5.3.4 Factores escolares	183
5.3.5 Factores comunitários	190
5.3.6 Questões ligadas ao género	195
5.3.7 Questões ligadas à localização geográfica (região)	202
5.4 DISCUSSÃO	205
CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	241
ANEXOS	279

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Início da actividade sexual (percentagem).....	35
Figura 2.2. Utilização do preservativo na última relação sexual (percentagem).....	36
Figura 5.1. Modelo proposto para análise dos grupos focais.....	131

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 4.1. Percepção acerca das razões para a primeira relação sexual nos jovens segundo o ano e o género (percentagem)	83
Quadro 4.1 (Cont.). Percepção acerca das razões para a primeira relação sexual nos jovens segundo o ano e o género (percentagem).....	83
Quadro 4.2. Percepção acerca da tomada de decisão em relação às relações sexuais segundo o ano e o género (percentagem)	84
Quadro 4.3. Percepção da competência para recusar ter relações sexuais segundo o ano e o género (percentagem)	84
Quadro 4.4. Percepção da competência para recusar ter relações sexuais sem preservativo segundo o ano e o género (percentagem).....	85
Quadro 4.5. Percepção da competência para conversar com o parceiro sexual sobre o preservativo segundo o ano e o género (percentagem).....	85
Quadro 4.6. Percepção da competência para convencer o parceiro sexual a utilizar o preservativo segundo o ano e o género (percentagem).....	86
Quadro 4.7. Percepção do início da actividade sexual segundo o ano e o género (percentagem).....	86
Quadro 4.8. Razões para utilizar o preservativo segundo o ano e o género (percentagem)	87
Quadro 4.9. Início da actividade sexual segundo o ano e o género (percentagem).....	87
Quadro 4.10. Idade da primeira relação segundo o ano e o género (percentagem).....	87
Quadro 4.11. Relações sexuais associadas aos consumos segundo o ano e o género (percentagem).....	88
Quadro 4.12. Uso do preservativo na última relação sexual segundo o ano e o género (percentagem).....	88
Quadro 4.13. Utilização de métodos contraceptivos na última relação sexual para prevenir a gravidez segundo o ano e o género (percentagem).....	89
Quadro 4.14. Método contraceptivo utilizado para prevenir a gravidez na última relação sexual segundo o ano e o género (percentagem).....	89

Quadro 4.15. Percepção da vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	90
Quadro 4.16. Razões para não se sentir em risco de ser infectado pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	90
Quadro 4.17. Razões para se sentir em risco de ser infectado pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	91
Quadro 4.18. Grupo com maior risco e grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género percentagem)	91
Quadro 4.19. Percepção do risco de infecção para o grupo com maior risco e o grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA (percentagem).....	92
Quadro 4.20. Percepção incorrecta do risco de infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	93
Quadro 4.21. Fontes de informação/aprendizagem sobre o VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	93
Quadro 4.21 (Cont.). Fontes de informação/aprendizagem sobre o VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	94
Quadro 4.22. Comunicação sobre VIH/SIDA com os pares segundo o ano e o género (percentagem).....	94
Quadro 4.23. Comunicação sobre VIH/SIDA com os pais segundo o ano e o género (percentagem).....	94
Quadro 4.24. Conhecimento das formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA (percentagem).....	95
Quadro 4.25. Conhecimento das formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	95
Quadro 4.26. Conhecimento de alguém infectado pelo vírus VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)	96
Quadro 4.27. Atitudes face aos portadores de VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem).....	97
Quadro 4.28. Atitudes face aos portadores de VIH/SIDA de acordo com o nível de conhecimento dos modos de transmissão do vírus (percentagem).....	97
Quadro 4.29. Estudo das associações entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	98
Quadro 4.30. Estudo da variável “idade” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	99
Quadro 4.31. Estudo da variável “satisfação com a vida” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	99
Quadro 4.32. Estudo da associação entre a variável “sentir-se deprimido” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	99
Quadro 4.33. Estudo das associações entre as variáveis individuais relativas ao envolvimento em outros comportamentos de risco e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	100

Quadro 4.34. Estudo das associações entre as variáveis individuais relativas às competências e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	101
Quadro 4.35. Estudo das associações entre as variáveis individuais relacionadas com o VIH/SIDA e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	102
Quadro 4.36. Estudo das associações entre variáveis individuais “idade da 1ª relação sexual”, “relações sexuais associadas aos consumos” e “utilização da pílula para prevenir a gravidez” e a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”	102
Quadro 4.37. Estudo das associações entre as variáveis familiares e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	103
Quadro 4.38. Estudo da variável “supervisão parental” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	104
Quadro 4.39. Estudo das associações entre as variáveis relacionadas com os pares e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	104
Quadro 4.40. Estudo da variável “noites, por semana, que sai com os amigos” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	105
Quadro 4.41. Estudo das associações entre as variáveis relacionadas com a escola e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	105
Quadro 4.42. Estudo da variável “percepção acerca da comunidade” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”	106
Quadro 4.43. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “actividade sexual”	107
Quadro 4.44. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”	110
Quadro 5.1. Características sócio-demográficas dos jovens participantes no estudo.....	132
Quadro 5.2. Comportamentos sexuais dos jovens participantes no estudo	133
Quadro 5.3. Guião utilizado na condução dos grupos focais	134

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Descrição das variáveis em estudo.....	281
Anexo 2. Análise da regressão logística (modelo univariado) para a variável “actividade sexual”	284
Anexo 3. Análise da regressão logística (modelo univariado) para a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”	285
Anexo 4. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “actividade sexual” para o género masculino.....	286

Anexo 5. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “actividade sexual” para o género feminino	287
Anexo 6. Pedido de autorização aos conselhos executivos das escolas para a realização dos “grupos focais”	288
Anexo 7. Pedido de autorização aos encarregados de educação para a realização dos “grupos focais”	289

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS ELABORADAS A PARTIR DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NESTA DISSERTAÇÃO

- Dias, S.**, Matos, M.G., Gonçalves, A. (*in press*). AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS infected people among adolescents. *AIDS Care*.
- Dias, S.**, Matos, M.G., Gonçalves, A. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese Data from health Behaviour School-aged Children Study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15 (3), 300-304.
- Dias, S.**, Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2005). Sexualidade e risco na adolescência. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 131-140). Lisboa: FMH Edições.
- Ross J, Godeau E, **Dias S.** (2004). Sexual health. In: Candace C, Chris R, Antony M, Rebecca S Wolfgang S, Oddrun S, Vivian BR, editors. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 153-160). Copenhagen: Who Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4).
- James Ross, Emmanuelle Godeau, **Sonia Dias**, Céline Vignes, and Lori Gross (2004). Setting politics aside to collect cross-national data on sexual health of adolescents. *SIECUS Report*, 32 (4), 28-34.
- James Ross, Emmanuelle Godeau, **Sonia Dias** (2004). Sexual health in young people: findings from HBSC study. *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 58, 20-23.
- Dias, S.**, Matos, M.G., Gonçalves, A. "Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais" (submetido *Análise Psicológica*).
- Dias, S.**, Matos G.M., Gonçalves A. (2005). Familial influences on sexual behaviour of adolescent: Implications for health promotion (Abstract). *Psychology & Health*, 20 (1), 65.
- Dias, S.**, Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Risco e resiliência: comportamentos sexuais na adolescência". In actas do *1st Congress in Developmental Psychology*. Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal.
- Dias, S.**, Matos M., Gonçalves A. (2004). Portuguese adolescents' sexual behaviour related to HIV/AIDS – findings from HBSC study and focus group study. *International Proceedings "XV International AIDS Conference"*. Midemond.
- Dias, S.**, Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "What can schools do in AIDS prevention: results from Portuguese sample of Health Behaviour School Aged Children study and focus groups". *13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine*. Dubrovnik, Croacia.
- Dias, S.**, Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Familial influences on sexual behavior of adolescent: Implications for health promotion". *19th European Health Psychology Society (EHPS)*. Galway, Irlanda.

- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Differences by gender in adolescent sexuality: implications for health education and prevention in Portugal" *XVII World Congress of the Sexology*. Montreal, Canada.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS infected people among adolescents". *AIDS Impact Conference*. Cape Town, Africa do Sul.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Parents and peers in adolescent sexuality: promoting healthy teen choices". *XIth European Conference on Developmental Psychology*. Tenerife, Espanha.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Abordagem ecológica no estudo dos comportamentos sexuais dos adolescentes: factores de risco e de protecção". *8th IAAH World Congress: Positive Youth Development*. Lisboa, Portugal.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). Diferenças sócio-culturais nos comportamentos sexuais na adolescência: prevenção de VIH/SIDA. *1º Congresso Nacional de Saúde e Comportamento*. Minho, Portugal.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2005). "Risco e protecção: comportamentos sexuais na adolescência". *1st Congress in Developmental Psychology*. Lisboa, Portugal.
- Sónia Dias** (2005). "Sexualidade e Adolescência". Mesa: Saúde e Multiculturalidade. *4º Encontro de Psicologia: A construção da Saúde no século XXI*. Universidade Lusíada, Lisboa, Portugal.
- Dias, S.,** Matos, M., Gonçalves, A. (2004). "Portuguese adolescents' sexual behaviour: knowledge, attitudes and risk behaviours related to HIV/AIDS - findings from HBSC study and field research with focus group approach". Poster. *XV International AIDS Conference*, Bangkok, Tailândia.
- Dias, S.,** Gonçalves, A. (2004). "Cognições, emoções e comportamentos ligados à sexualidade: diferenças ligadas ao género". *3º Simpósio de Sexologia*. Universidade Lusófona, Torre do Tombo, Lisboa, Portugal.
- Sónia Dias,** Margarida Matos, Aldina Gonçalves (2003). "Adolescentes face ao VIH/SIDA – Diferenças de género e idade". *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal.
- Sónia Dias** (2003). "Promoção de competências pessoais e sociais na área da prevenção de VIH/SIDA". *IV Conferência – Prevenção: Os novos desafios para o Desenvolvimento Comunitário*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, Portugal.
- Sónia Dias** (2002). "A Educação sexual e as Competências Sociais". Seminário "*Educação Sexual nas Escolas – Desafios e Responsabilidades*", Associação Portuguesa de Planeamento Familiar, Lisboa, Portugal

RESUMO

O comportamento sexual dos jovens é actualmente, uma das principais preocupações da Saúde Pública internacional e nacional pela sua associação com várias consequências indesejáveis que, directa ou indirectamente, afectam a saúde e o bem-estar dos adolescentes, nomeadamente infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e gravidez indesejada. Os comportamentos sexuais de risco têm sido identificados como uma das principais causas associadas com a mortalidade, morbilidade e problemas sociais nos jovens.

O presente trabalho tem como objectivos gerais aprofundar o conhecimento sobre a sexualidade e os comportamentos sexuais nos adolescentes portugueses escolarizados e identificar necessidades e factores relevantes para a Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes.

Para a concretização destes objectivos foram efectuados dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo.

O estudo quantitativo pretende descrever os conhecimentos, atitudes e práticas na área da sexualidade com relevância para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens e analisar as relações entre os comportamentos sexuais adoptados e as variáveis sócio-demográficas, as psicossociais e as dos contextos sociais do jovem (família, pares, escola e comunidade). A amostra utilizada é composta por 3762 adolescentes que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade e faz parte do estudo realizado em Portugal Continental em 2002 (Matos, Gonçalves, Dias, & Aventura Social, 2003) da Rede Europeia "Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)", da Organização Mundial de Saúde (Currie et al., 2004).

O segundo estudo, qualitativo, propõe-se identificar e aprofundar os factores e processos ligados à protecção e ao risco individuais e do contexto ecológico, visando compreender as dinâmicas subjacentes aos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais relevantes para a prevenção do VIH/SIDA. Neste estudo foram realizados 12 grupos focais, utilizando uma amostra constituída por 72 adolescentes, 36 jovens do sexo feminino e 36 do sexo masculino, de seis escolas públicas do ensino regular situadas em diferentes regiões do país.

Nos resultados do estudo quantitativo, salienta-se a percentagem de adolescentes que refere já ter iniciado a actividade sexual, 23.7%. Relativamente à idade da primeira relação sexual, 48.2% dos adolescentes refere ter tido a sua primeira experiência sexual entre os 12 e os 14 anos e 17.3% aos 11 anos ou menos. Quanto à utilização do preservativo, 29.9% dos jovens refere não o ter utilizado na

última relação sexual. Os dados sugerem a existência de diferenças de género e de idade relativamente aos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais. Pelos resultados encontrados nas análises de regressão logística pode-se verificar que as variáveis “ter iniciado as relações sexuais” e “não ter utilizado o preservativo, na última relação sexual”, se associam significativamente com variáveis individuais de nível sócio-demográfico e pessoal e variáveis relativas ao contexto social que rodeia os jovens (família, pares, escola e comunidade).

Os resultados do estudo qualitativo sublinham que as questões ligadas à sexualidade são complexas e que os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais adoptados pelos jovens sofrem múltiplas influências que se situam a vários níveis, nomeadamente individual, familiar, interpessoal (pares), escolar e comunitário. Os adolescentes identificaram diversos factores ligados à protecção e ao risco nos diferentes níveis de análise. Os resultados apontam também para que os factores e processos de risco e de protecção interagem entre si através de possíveis relações que reduzem ou aumentam a probabilidade do envolvimento em comportamentos de risco.

Os resultados dos dois estudos sugerem que os adolescentes não podem ser considerados um grupo homogéneo em relação aos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais e relativos ao VIH/SIDA. Apontam também para a importância das intervenções precoces, que envolvam os jovens como principais intervenientes no processo e os agentes de socialização (pares, pais, escola e comunidade), quer ao nível da redução dos factores ligados ao risco, quer ao nível da promoção dos factores ligados à protecção.

A complementaridade encontrada na utilização de diferentes metodologias parece funcionar como uma estratégia para aumentar o conhecimento e a compreensão das complexidades em que a sexualidade se desenvolve. Os resultados obtidos neste trabalho poderão contribuir para o planeamento e implementação de programas de promoção de Saúde Sexual e prevenção de VIH/SIDA nos jovens, que reflectam as suas necessidades específicas, e consequentemente, permitam efectivos ganhos na saúde juvenil.

ABSTRACT

The sexual behaviour of young people is an international and national public health concern because they are responsible for negative outcomes, which affect health and well-being of adolescents, such as HIV/AIDS infection, other Sexually Transmitted Infections, and unintended pregnancy. Sexual risk behaviours have been identified as an important cause of the mortality, morbidity and social problems of adolescents.

The purpose of this work is to improve the understanding of sexuality and sexual behaviours of adolescents and to identify needs and factors that are relevant for sexual health and HIV/AIDS prevention in adolescents.

In order to achieve these goals, two studies, one quantitative, and one qualitative were developed.

The quantitative study describe knowledge, attitudes and sexual behaviours that are important to AIDS prevention and examine the relationship between adolescent sexual behaviour and demographic factors, personal characteristics, and social context of young people (parents, peers, school and community). The sample included 3762 Portuguese adolescents on the 8th and 10th grade of high school. Data were collected from the “Health Behaviour in School-Aged Children -2002- (HBSC/ World Health Organization)”, (Currie et al., 2004), that took place in 2002 in Portugal.

The qualitative study was used to better identify and understand the protective and risk factors and processes at individual and contextual level, to understand the dynamics of knowledge, attitudes and behaviours in sexuality relevant to AIDS prevention. In this study, 12 focus groups were conducted in a sample of 72 adolescents, 36 girls and 36 boys, from six secondary schools from different geographic areas of Portugal.

In the quantitative study the percent of adolescents reporting ever had sexual intercourse was 23.7%. Of these, 48.2% report to have their first sexual experience between 12 and 14 years old, and 17.2%, report the first intercourse at 11 years old or younger. With respect to use of condoms, 29.9% of the adolescents report that they or their partner didn't use a condom last time they had engage in sexual intercourse. The findings put forward differences in gender and age in knowledge, attitudes and sexual behaviours. The logistic regression analysis show that the variables “have sexual intercourse” and “didn't used condom last time they engage

in sexual intercourse” are associated with socio-demographic characteristics, individual, parents, peers, school and community variables.

The qualitative study results underline that issues related to sexuality are complex and that knowledge, attitudes and sexual behaviours are influenced by multiple determinants at different levels: individual, family, peer group, school and community. Adolescents identified a variety of protective and risk factors in different levels of analyze. The findings suggest that protective and risk factors and processes interact with each other within a network of possible relations that either reduce or increase the probability of involvement in risk behaviours.

The results of the two studies suggest that adolescents can't be seen like a homogeneous group concerning knowledge, attitudes and sexual behaviours and HIV/AIDS. They highlight the significance of early interventions that involve young people as prime participants in the process, and also agents of socialization (peers, parents, school and community), in the reduction of risk factors and the promotion of protecting factors.

Complementarities found in the use of different methodologies, works like a strategy to increase knowledge and understanding about complex meanings in which sexuality is submersed. This work can be useful to design and implement a comprehensive programme on sexual health promotion and AIDS prevention in young people that better meet their special needs and consequently can have positive impact in youth health.

INTRODUÇÃO

O comportamento sexual dos jovens é actualmente uma das principais preocupações da Saúde Pública internacional e nacional pela sua associação com várias consequências indesejáveis que, directa ou indirectamente, afectam a saúde e o bem-estar dos adolescentes, nomeadamente infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e gravidez indesejada. Os comportamentos sexuais de risco têm sido identificados como uma das principais causas associadas com a mortalidade, morbilidade e problemas sociais nos jovens (Collins, Robin, Wooley, & al., 2002; United Nations, 2005). Neste contexto, várias metas internacionais foram estabelecidas para assegurar os direitos dos jovens no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva e, em particular, da protecção contra o VIH/SIDA. De entre as mais importantes, destacam-se a Declaração do Milénio, em Junho de 2001, em que uma das metas assumidas contemplou o compromisso de inverter a tendência de propagação do VIH/SIDA, e a Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia-Geral da Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, adoptada também em 2001, que procurou estimular uma resposta maciça a nível mundial à crise provocada por esta epidemia.

Dados recentes indicam que os jovens se tornam sexualmente activos em idades cada vez mais precoces (WHO, 2004a). Para além dos riscos físicos que os adolescentes podem experimentar como resultado da actividade sexual, parece existir uma consistente evidência de que a actividade sexual precoce está associada a menores níveis educacionais e a maiores desvantagens económicas, trazendo consequências com implicações, quer ao nível do indivíduo, quer ao nível social e económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem (UNESCO, 2003).

Os comportamentos de risco e as consequências a eles associadas representam assim uma ameaça em relação à saúde dos adolescentes e a preocupação é ainda maior quando existe uma possibilidade de muitos adolescentes não alcançarem o pleno potencial de desenvolvimento (United Nations, 2005; WHO, 2002a). O impacto social e o custo financeiro, quer associado aos cuidados de saúde e de

reabilitação prestados a adolescentes, quer à sua pouca produtividade resultante das consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco que experimentam, é difícil de calcular, mas estima-se ser elevado (UNESCO, 2003).

No âmbito da prevenção do VIH/SIDA tem sido atribuída particular relevância aos jovens na medida em que estes são actualmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável a esta problemática, atendendo aos comportamentos sexuais de risco que geralmente praticam (United Nations, 2005), nomeadamente uso inconsistente do preservativo, duração dos relacionamentos e prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Manlove, Ryan, & Franzetta, 2004).

Vários autores têm chamado a atenção para o facto de que o estudo adequado de qualquer variável na adolescência implica um conhecimento e uma compreensão da constelação de acontecimentos que definem e caracterizam este período de transição. Assim, conhecer o que se passa no adolescente significa compreender as mudanças que ocorrem durante este período nas várias áreas do desenvolvimento social, emocional, cognitivo, fisiológico, o seu inter-relacionamento com os contextos em que ocorrem (familiar, interpessoal, escolar e comunitário) e os desafios adaptativos que são colocados aos adolescentes nesta altura da vida (DGS, 2005; WHO, 2002a). Neste contexto, quer pelas características biológicas, psicossociais e comportamentais dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento, quer pela premência dos problemas de saúde específicos da adolescência, as questões de âmbito comportamental adquirem particular relevo (UNFPA, 2003a).

Na ausência de uma vacina eficaz ou tratamento efectivo para a SIDA, a alternativa continua a ser a prevenção, sendo a mudança de comportamento a única forma viável de prevenir novas infecções pelo VIH/SIDA (UNFPA, 2003b). Contudo, constata-se que nem sempre os programas de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA conseguem os resultados mais desejáveis e mudanças comportamentais a longo prazo, sendo várias as razões que contribuem para este facto.

O conhecimento acerca dos aspectos da sexualidade e dos comportamentos sexuais é por vezes limitado. Para o desenvolvimento e implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos e direccionados para os adolescentes, a investigação no âmbito dos conhecimentos, atitudes e

comportamentos sexuais dos adolescentes e da infecção pelo VIH/SIDA em particular, é essencial (United Nations, 2005; WHO, 2004b). Os estudos têm demonstrado que as intervenções preventivas não se podem centrar somente na diminuição ou eliminação das variáveis ligadas ao risco, mas devem também desenvolver processos que estimulem as potencialidades e os factores protectores de modo a promover a saúde (Biglan, Mrazek, Carnine, & Flay, 2003; Fergus & Zimmerman, 2005; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003), evidência reconhecida anteriormente pela OMS, no seu programa *Saúde Para Todos no Ano 2000* (WHO, 1986). Na situação actual de conhecimentos, reconhece-se que para além de existir a necessidade de identificar e compreender os factores protectores e de risco dos comportamentos relacionados com a saúde, é fundamental analisar os processos envolvidos neste sistema e estratificá-los de acordo com a comunidade onde se pretende intervir (Caskey & Rosenthal, 2005; Dilorio, Dudley, Soet, & McCarty, 2004).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e de acordo com a proposta da OMS, a Saúde Sexual é definida como a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano, de um modo que seja positivamente enriquecedora e contribua para o desenvolvimento da personalidade, da comunicação e do amor, implicando uma perspectiva positiva da sexualidade humana (Entre Nous, 2004; WHO, 2004c). No entanto, a maioria dos programas apenas considera os riscos físicos e centra a sua acção num reduzido número de comportamentos, caracterizando-se por serem limitados e por não considerarem o indivíduo como um todo, em que as características individuais interagem com um ambiente específico (Coleman, 2002). Várias limitações são apontadas à forma como a tradicional perspectiva de saúde tem sido aplicada ao estudo da sexualidade na adolescência. Constatase que muitos dos programas de prevenção e controlo da SIDA têm subjacente um modelo inspirado numa visão simplista do comportamento humano pois procuram através da consciencialização das suas potenciais consequências negativas promover a mudança comportamental e a adopção de estilos de vida saudáveis. O processo de tomada de decisão por comportamentos saudáveis ou de risco tem múltiplos determinantes e é influenciado por um conjunto alargado de factores, sendo que as abordagens dirigidas somente para alguns aspectos têm um sucesso limitado (DGS, 2005; WHO, 2004b).

Os factores sócio-demográficos, psicossociais e culturais contribuem e determinam, directa ou indirectamente, quem é mais vulnerável à infecção por VIH, quais as oportunidades de prevenção e os obstáculos à diminuição dos comportamentos de risco de infecção (Aggleton, Chase, & Rivers, 2004). Neste sentido, a influência do contexto ambiental onde as tomadas de decisão ocorrem deve ser valorizada e incluída nos programas de promoção de saúde e prevenção do VIH/SIDA (UNESCO, 2003; UNFPA, 2003a). Esta questão assume particular importância no contexto dos comportamentos sexuais que são por definição um fenómeno individual, mas também interpessoal e sócio-cultural.

Apesar de um elevado número de autores recomendar que as intervenções devem ter em conta “a ecologia comportamental” em que as comunidades estão inseridas e serem adequadas às necessidades específicas das populações-alvo, assiste-se a uma realidade em que poucas são as intervenções que têm por base um conhecimento aprofundado destes aspectos e uma compreensão dos diferentes significados quanto ao nível das atitudes, valores e dinâmica dos comportamentos sexuais que envolvem os indivíduos e suas comunidades (Fenton et al., 2005; Reininger et al., 2005).

Constata-se que muitos dos estudos focam predominantemente os factores individuais que podem contribuir para a adopção de comportamentos sexuais de risco. Tendo em conta a complexidade do fenómeno, a investigação centrada nos factores individuais limita a compreensão das associações com todos os factores envolvidos. Por outro lado, as avaliações realizadas às intervenções centradas no indivíduo parecem demonstrar que estas, na sua maioria, apenas produzem mudanças comportamentais de curta duração. Por estas razões, os investigadores têm alargado os seus modelos de compreensão do comportamento sexual dos adolescentes, incorporando as principais influências inerentes ao contexto onde os adolescentes se desenvolvem, como sejam a família, o grupo de pares, a escola e a comunidade (DiClemente, Salazar, Crosby, & Rosenthal, 2005; WHO, 2004b). Torna-se também necessário encontrar um modelo que reconheça o papel activo dos adolescentes nas escolhas que fazem na situação específica de oportunidades e constrições do próprio contexto ambiental em que estão inseridos e que vão afectar a sua saúde (Caskey & Rosenthal, 2005).

Apesar do conhecimento das características psicossociais particulares da adolescência, este tem sido pouco utilizado nos programas de promoção de saúde

e de prevenção, prestando-se reduzida atenção às possíveis funções positivas dos comportamentos sexuais no contexto do desenvolvimento que ocorre na adolescência. Outro aspecto a acrescentar é o facto de que os comportamentos de risco têm vindo a ser perspectivados do ponto de vista dos profissionais de saúde, sabendo-se pouco acerca da perspectiva dos adolescentes sobre os factores de risco e de protecção na área dos seus comportamentos sexuais (Hoppe et al., 2004; Zwane, Mngadi, & Nxumalo, 2004).

Tradicionalmente, a investigação em Saúde Pública na área da sexualidade tem estado frequentemente associada a questionários epidemiológicos de conhecimentos, atitudes e práticas, começando a existir uma tendência para complementar tais dados com investigações qualitativas capazes de identificar as necessidades dos jovens em relação aos vários aspectos associados aos comportamentos sexuais relevantes para a prevenção do VIH/SIDA (Crawford & Popp, 2003; Lipovsek, Karim, Gutiérrez, Magnani, & Gomez, 2002). Esta complementaridade é considerada vantajosa na medida em que permite uma compreensão mais enriquecida do objecto em estudo nas suas diferentes vertentes (Deren et al., 2003; Morgan, 1998). A metodologia quantitativa pode indicar o que acontece a indivíduos de diferentes grupos da população, mas apresenta limitações na análise das complexas influências dos vários factores e processos que produzem o comportamento individual (Power, 2002). A metodologia qualitativa, apesar de não conseguir analisar tendências em grandes grupos, permite uma visão mais aprofundada dos factores e especificidades do contexto pessoal, social, cultural e político, análise essencial ao desenvolvimento de políticas e ao planeamento de acções para controlar a expansão da SIDA (Crawford & Popp, 2003).

Ainda em relação à pesquisa na área da sexualidade, vários investigadores têm chamado a atenção para a necessidade de compreender a transição para as relações amorosas e vida sexual numa perspectiva positiva que pode, quer constituir um aspecto do desenvolvimento sexual, psicológico e social saudável, quer indiciar uma trajectória de risco no desenvolvimento dos adolescentes (Millstein & Halpern-Felsher, 2002; Porter, 2002).

Na medida em que as tendências demonstram que cada vez mais jovens iniciam a actividade sexual durante a sua adolescência e que a actividade sexual desprotegida resulta num aumento do número de infecções VIH/SIDA e de outras

Infecções Sexualmente Transmissíveis é necessário que os investigadores e os profissionais de saúde estejam atentos à questão do comportamento sexual dos jovens. Torna-se prioritário examinar os factores relacionados com a iniciação sexual, mas também aprofundar o conhecimento acerca dos factores que poderão ajudar os jovens sexualmente activos a tomar decisões saudáveis no que respeita aos seus comportamentos sexuais (Hopkins, Tanner, & Raymond, 2004). Desta forma, estimular e apoiar os adolescentes a assumir, de forma progressiva, o controlo e a tomada de decisão por comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis é uma das tarefas mais prometedoras quando nos referimos à prevenção de comportamentos sexuais de risco. Parecem existir evidências de que quando os jovens possuem informação, competências, suporte e serviços necessários para adoptar comportamentos sexuais saudáveis, eles fazem escolhas responsáveis na área da Saúde Sexual (WHO, 2004b).

Tem sido defendida a necessidade da intervenção preventiva precoce, dado que as intervenções devem começar antes dos comportamentos de risco se terem estabelecido e se tornarem difíceis de modificar (WHO, 2003a). A adolescência é considerada como uma fase de oportunidades especiais para intervenções preventivas e de promoção de saúde dada a flexibilidade do adolescente e porque se dá início a um processo de busca de identidade e de novos valores, se estabelecem estilos de vida e comportamentos e se organiza um sistema pessoal de valores, factores que são determinantes do estado de saúde a médio e a longo prazo (UNFPA, 2005; UNICEF, 2002a). Os seus níveis de saúde e a sua maior ou menor aderência às práticas de saúde são relevantes não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico do adolescente, mas também pelo efeito de modelagem que estes comportamentos poderão ter em outros jovens. Os jovens podem assim ter um papel fundamental na educação e motivação de outros jovens para tomarem decisões saudáveis ao nível dos comportamentos sexuais (WHO, 2004b). Por último, o impacto dos comportamentos de risco ultrapassa claramente este período de vida, dado que em muitos casos estes comportamentos permanecem como parte do estilo de vida na idade adulta. Muito do que somos, do que pensamos e do que fazemos foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida, o que confere uma particular importância aos programas dirigidos aos adolescentes (UNICEF, 2002b). Nesta perspectiva, a promoção da saúde dos jovens pode constituir um investimento em termos de ganhos de saúde, no plano individual e colectivo, contribuindo para o desenvolvimento e bem-estar das populações (UNICEF, 2002a).

Reconhece-se que os aspectos ligados à saúde e estilos de vida são complexos na medida em que os comportamentos relacionados com a saúde são resultado de inúmeras influências e por outro lado, constituem um dos principais factores determinantes dos estados de saúde/doença. Assim, a tarefa de assegurar saúde, promover um melhor ajustamento e diminuir o risco durante a adolescência é certamente uma tarefa complexa. No entanto, o reconhecimento de que esta tarefa é intrinsecamente difícil não implica que não se investiguem formas de a alcançar. Pelo contrário, a consciência das dificuldades funciona como um desafio estimulante para os profissionais, e leva a uma maior investigação dos factores e processos relacionados com o ajustamento e os padrões de risco, especialmente num tempo de rápidas mudanças como acontece na adolescência. Mais estudos são necessários para se compreender os antecedentes dos comportamentos de risco adversos para a Saúde Sexual e a inter-relação entre os determinantes e a sua aplicabilidade a diferentes populações de adolescentes. Torna-se também prioritário compreender os aspectos particulares da sexualidade, as práticas e dinâmicas sexuais dos indivíduos, os factores de protecção e de risco e os mecanismos subjacentes à adopção de comportamentos sexuais em grupos específicos.

A sexualidade tem sido objecto crescente de investigação científica. No entanto, os estudos acerca de como os comportamentos sexuais dos adolescentes são influenciados pelas características individuais e por factores do contexto em que se inserem, e de como os adolescentes percebem as questões relacionadas com a sua sexualidade, são ainda escassos na produção científica em Portugal.

Num contexto mais abrangente, o Plano Nacional de Saúde dos Jovens (DGS, 2005) integra a investigação no âmbito dos determinantes da saúde juvenil, como uma das componentes principais, com vista a estruturar de forma mais consistente a promoção da saúde dos jovens em Portugal.

É no âmbito do que se referiu anteriormente que se insere a pertinência do trabalho que nos propomos desenvolver. A escolha do tema foi motivada pelo envolvimento e colaboração no projecto de investigação nacional “Aventura Social e Saúde”¹ (Matos, Gonçalves, Dias, et al., 2003) integrado na Rede Europeia “Health

¹ Estudo financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior / Projecto POCTI – 37486/PSI/2001), e Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (estudo específico).

Behaviours in School-aged Children (HBSC)”, da Organização Mundial de Saúde (Currie et al., 2004). Este estudo pretende analisar os comportamentos de saúde, os estilos de vida dos adolescentes escolarizados e as associações entre diferentes tipos de comportamentos de saúde e os contextos em que os jovens estão inseridos. Sendo o HBSC um estudo de investigação e monitorização no âmbito da saúde dos adolescentes de meio escolar, tem também como objectivo desenvolver um sistema de informação acerca da saúde dos jovens que estimule e contribua para o desenvolvimento das políticas de promoção e educação para a saúde dos adolescentes em idade escolar, a nível nacional e internacional.

Objectivos do trabalho

O presente trabalho tem como objectivos gerais: 1) aprofundar o conhecimento sobre a sexualidade e os comportamentos sexuais nos adolescentes escolarizados; 2) identificar necessidades e factores relevantes para a Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes. Pretende-se ainda que este trabalho possa contribuir para o planeamento e implementação de programas de promoção de Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos jovens que reflectam as suas necessidades específicas e, consequentemente, permitam efectivos ganhos na saúde juvenil.

Em termos de objectivos específicos pretende-se com o desenvolvimento deste trabalho: descrever os conhecimentos, atitudes e práticas na área dos comportamentos sexuais e VIH/SIDA nos adolescentes; identificar factores ligados à protecção e ao risco que influenciam os comportamentos sexuais neste grupo etário; contribuir para a compreensão dos processos que medeiam a adopção de comportamentos sexuais saudáveis e de risco relevantes para a infecção pelo VIH/SIDA.

Plano do trabalho

A primeira parte do trabalho consiste na revisão de literatura e é constituída por três capítulos. No primeiro capítulo apresentam-se alguns dados de caracterização da situação epidemiológica a nível internacional e nacional da infecção pelo VIH/SIDA, e uma breve perspectiva global das políticas de controlo da epidemia. Analisam-se ainda as principais estratégias de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA. No segundo capítulo perspectivam-se formas de encarar a adolescência e a saúde dos adolescentes atendendo às principais características deste grupo

etário, e tendo em conta as principais mudanças que ocorrem nas várias áreas do seu desenvolvimento. Apresenta-se também uma revisão do trabalho desenvolvido na área da promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes, quer a nível internacional, quer a nível nacional. No terceiro capítulo procede-se à revisão de vários estudos teóricos e empíricos de forma a identificar, com base numa abordagem ecológica, os principais factores de protecção e de risco de nível individual, familiar, interpessoal, escolar e comunitário para os comportamentos sexuais com relevância para o VIH/SIDA.

A segunda parte deste trabalho, composta pelos capítulos quarto e quinto, consiste na apresentação da investigação empírica que envolve dois estudos: um quantitativo e outro qualitativo. No quarto capítulo apresenta-se o estudo quantitativo, descrevendo-se os objectivos, os procedimentos metodológicos, os resultados obtidos e a discussão desses mesmos resultados. O quinto capítulo é dedicado à apresentação do estudo qualitativo, nomeadamente a descrição dos objectivos e dos procedimentos metodológicos, e a análise dos resultados obtidos e sua discussão.

A terceira parte é composta pelo capítulo sexto, onde se apresentam as conclusões gerais e as principais recomendações e implicações deste trabalho para o desenvolvimento de programas de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes.

CAPÍTULO 1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA

1.1 O VIH/SIDA e a situação epidemiológica da infecção

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ataca o sistema imunitário e leva a que os indivíduos desenvolvam o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e se tornem vulneráveis a um conjunto de infecções oportunistas. Um indivíduo infectado com o VIH possivelmente morre como resultado de uma das infecções oportunistas ou de um síndrome associado à infecção VIH/SIDA, embora os recentes tratamentos anti-retrovirais possam ser uma promessa para manter os indivíduos portadores de SIDA como doentes crónicos por um período bastante prolongado (Wilton, 1997).

A epidemia da SIDA é um dos maiores desafios da actualidade, ameaçando o desenvolvimento humano em algumas sociedades e tendo um profundo impacto nas populações de todo o mundo (UNAIDS, 2004a). Em Dezembro de 2004, estimou-se em cerca de 39.4 milhões o número de pessoas infectadas com VIH/SIDA, dos quais 2.2 milhões eram crianças (UNAIDS, 2004b). Durante o ano de 2004, 4.9 milhões de pessoas ficaram infectadas e 3.1 milhões de pessoas morreram de SIDA (UNAIDS, 2004b). Desde o início da epidemia, mais de 20 milhões de pessoas morreram de SIDA (WHO, 2004a). Comparando com os dados de 2002, o número de pessoas infectadas com o vírus aumentou em todas as regiões, registando-se o maior aumento nas regiões da Ásia Central e de Leste e da Europa de Leste. A África subsariana continua a ser a região mais afectada pela epidemia, com 25.4 milhões de infectados com o VIH/SIDA, no final de Dezembro de 2004 (UNAIDS, 2004b). Com cerca de 12000 novas infecções por dia, o VIH/SIDA rapidamente se torna numa das maiores causas de morte e de doença no mundo (WHO, 2004a), afectando desproporcionalmente os jovens entre os 15 e os 24 anos, que representam metade das novas infecções em todo o mundo (UNAIDS, 2004a; UNFPA, 2003b). Decorridas mais de duas décadas do aparecimento do VIH/SIDA, os jovens continuam com pouca informação, verificando-se que em países com epidemias do vírus da SIDA generalizadas, como por exemplo a Guiné equatorial ou a Serra Leoa, mais de 80.0% das mulheres entre os 15 e os 24 anos não tinham conhecimentos sobre o VIH/SIDA. No Azerbaijão e no Uzbequistão, em

2001, um terço dos adolescentes do sexo feminino nunca tinha ouvido falar de SIDA e na Somália apenas 1.0% sabia como evitar a infecção (UNICEF, 2002b).

De acordo com os dados do Centro Europeu para a Vigilância Epidemiológica da SIDA, actualizados a 31 de Dezembro de 2003, um total de 18030 novos casos de infecção VIH/SIDA foram diagnosticados em 19 países da Europa Ocidental (EuroHiv, 2004). Entre estes, 29% apresentavam menos de 30 anos e 37% eram mulheres. Portugal apresentou a maior taxa de incidência de SIDA da União Europeia com 228 casos por milhão de habitantes (EuroHiv, 2004).

A 30 de Junho de 2005, em Portugal, encontravam-se notificados 27013 casos de infecção VIH/SIDA nos vários estádios de infecção (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2005). Verificou-se que 46.8% de todas as notificações se registaram entre os utilizadores de drogas por via endovenosa e 35.4% ocorreram por transmissão sexual. Os casos notificados de infecção VIH/SIDA que referem a transmissão heterossexual como modo provável de infecção apresentam uma tendência evolutiva crescente importante. A categoria de transmissão heterossexual registou, no 1º semestre de 2005, 54.4% dos casos notificados (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2005). Relativamente à distribuição de casos de SIDA por género e por grupo etário verifica-se que 82.5% correspondem ao sexo masculino, e 30.4% aos grupos etários entre os 15 e os 29 anos. Partindo do pressuposto de que existe um intervalo de latência de 8 a 10 anos entre a infecção pelo VIH e o aparecimento de sintomas, muitos dos jovens adultos com VIH/SIDA foram infectados durante a adolescência (WHO, 2004a).

1.2 Perspectiva global das políticas e estratégias de controlo da epidemia VIH/SIDA

Os acontecimentos que precederam e marcaram o início da epidemia associada à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana não são conhecidos com exactidão. No entanto, a publicação dos primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e, posteriormente, de sarcoma de Kaposi, no boletim Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) do Center for Disease Control (CDC) marcou o início oficial desta doença emergente, em 1981, nos Estados Unidos (Duque, 2002). Este período inicial refere-se ao processo de procura de diagnóstico, de

investigação epidemiológica e de estudos clínicos de forma a delimitar os possíveis mecanismos de transmissão da doença e os principais factores de risco associados ao então desconhecido quadro infeccioso. Esta fase evidencia a limitação do conhecimento das ciências biomédicas e sociais para oferecer soluções imediatas para o controlo da epidemia da SIDA, implicando maior investimento na área da imunologia, virologia e comportamento humano.

Em 1982, o CDC publicou e usou pela primeira vez a designação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (MMWR, 1982). Evidências sobre uma possível etiologia infecciosa cujo agente era transmitido pelo contacto sexual e sanguíneo acumularam-se entre o fim de 1982 e o início de 1983. Em 1983 é feita a primeira referência no MMWR do CDC ao conceito de grupo de alto risco, para designar o conjunto de pessoas pertencentes a determinados segmentos que estariam mais expostas à infecção e sujeitas a transmitir o vírus da SIDA. Segundo Ayres et al. (1999) o factor de risco transpõe-se para o conceito de grupos de risco, e estes últimos tornam-se a base das poucas e ainda rudimentares estratégias de prevenção preconizadas no referido período, estratégias que se iam revelar ineficazes do ponto de vista epidemiológico e incentivadoras de preconceitos e discriminação social (Parker & Aggleton, 2002; Wolffers, 2000). As incipientes propostas dos programas de prevenção enfatizavam a educação como estratégia para informar sobre os modos de transmissão e os potenciais comportamentos de risco de forma a estimular a mudança do comportamento individual (Wolffers, 2000). As respostas à doença SIDA por parte dos vários países tiveram subjacentes diferentes perspectivas de Saúde Pública e políticas de saúde (Harrington, 1999) no entanto, de forma geral, as respostas, quer internacionais quer nacionais, foram extremamente lentas (Kirp & Bayer, 1992).

Devido ao quadro epidemiológico da infecção pelo VIH/SIDA e ao seu vínculo inicial com os denominados grupos de risco, seguiu-se um período que se caracterizou pela disseminação acelerada da SIDA também a outros segmentos populacionais. As respostas produzidas ocorreram, no entanto, de forma isolada a partir do envolvimento de alguns países e de iniciativas de organizações comunitárias (Mann, 1992; Wolffers, 2000).

O período entre 1986 e 1990 é caracterizado pela organização de uma estratégia global coordenada pela Organização Mundial de Saúde. O Programa Global de SIDA da OMS (GPA/OMS) tinha como principal estratégia articular vários

componentes da prevenção: a informação e educação, a rede de serviços sociais e de saúde e a não discriminação das pessoas portadoras do VIH/SIDA (Wolffers, 2000). Durante este período, o programa implementa actividades de liderança técnica a cerca de 155 países e colabora activamente na criação de diversos programas ao nível nacional e comunitário. As organizações não governamentais também se tornam mais actantes e numerosas (Levi & Vitoria, 2002).

Face a uma epidemia instável, dinâmica e extremamente perigosa assiste-se, na década de noventa, a dificuldades por parte dos governos para gerir financeiramente as questões de prevenção e assistência, aos financiamentos internacionais a serem relativamente estáticos e à reduzida eficácia dos avanços biomédicos para a maioria da população infectada do mundo, agudizando-se a diferença entre os países pobres e ricos (Mann, 1997; Wolffers, 2000). Mann e Tarantola (1996) referem que algumas das deficiências fundamentais dos Programas têm sido o considerar a SIDA como um problema único dissociado das outras políticas de saúde e a falta de acções concretas dirigidas aos determinantes sociais da doença que influenciam enormemente a vulnerabilidade ao VIH/SIDA.

Em 1996, o reconhecimento da necessidade de concertar e orientar os esforços mundiais para inverter o rumo da evolução da doença e ajudar a vencer a epidemia levou à reestruturação do Programa Global de SIDA e à criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA; “Join United Nations Programme on HIV/AIDS” UNAIDS), reunindo seis agências da ONU: o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a OMS e o Banco Mundial. Mais tarde, juntaram-se mais três organizações co-patrocinadoras: o Programa das Nações Unidas Para o Controlo de Drogas e Crime (UNCDP) em 1999, a organização Internacional do Trabalho (OTI) em 2001, e o Programa Mundial da Alimentação (PMA) em 2003.

A ONUSIDA, principal promotor da acção global contra a epidemia, conjuga os conhecimentos especializados e os recursos e redes de diversos organismos, estabelecendo alianças estratégicas com outros organismos internacionais, governos nacionais, sectores privados, meios de comunicação social, organizações religiosas, grupos de base comunitária, redes regionais e nacionais de pessoas que vivem com o VIH/SIDA e outras organizações não governamentais. Essa estratégia

multi-sectorial foi a forma encontrada para expandir o escopo das acções da política internacional de controlo da SIDA, direccionando os seus esforços para impedir a transmissão do VIH/SIDA e reverter os problemas sociais que ampliam a vulnerabilidade de indivíduos e comunidades ao VIH/SIDA, procurando assim, atenuar o impacto da epidemia. Esta estratégia foi um sinal de que as organizações estão atentas às dificuldades inerentes ao controlo desta epidemia e representa o reconhecimento internacional de que a SIDA é um problema do campo da saúde, com reflexos e causas em questões do desenvolvimento, nomeadamente questões educacionais, económicas, culturais e científicas (Parker, 2002).

A inexistência de uma resposta terapêutica eficaz na prevenção e tratamento da doença obrigou a um maior investimento nas abordagens preventivas, desenvolvendo-se acções com um perfil diferenciado das medidas tradicionalmente adoptadas pela Saúde Pública (Sumartojo, 2000). Assiste-se ao consenso da comunidade científica de que a expansão da SIDA e as respostas que visam o seu controlo estão profundamente vinculadas aos factores biomédicos, às atitudes e comportamentos individuais, mas principalmente ao contexto social e político de cada país, à organização dos programas de saúde, de educação e de desenvolvimento existentes em cada contexto, que criam uma vulnerabilidade colectiva e individual maior ou menor à infecção (Holtgrave, 2005; Paiva, Peres, & Blessa, 2002). Por outro lado, advoga-se a necessidade de reduzir a discriminação e o estigma associado aos portadores de VIH/SIDA, elaborando-se uma nova agenda para a investigação e acção nesta área (Carr & Gramling, 2004; Parker & Aggleton, 2002).

Nos últimos anos, assiste-se a uma desigual distribuição do VIH/SIDA. Nos países desenvolvidos, os avanços científicos e tecnológicos, como a utilização de novos meios de diagnóstico, avaliação de prognósticos e novos recursos terapêuticos, têm possibilitado um prolongamento dos anos de infecção sem o desenvolvimento da doença (Hogg et al., 1998; WHO, 2004a). Por outro lado, nos países em desenvolvimento, assiste-se a um menor acesso à informação, à educação e ao tratamento da doença e a um aumento progressivo da incidência e da taxa de mortalidade relativas ao VIH/SIDA (Parker & Camargo, 2000; UNAIDS, 2004a). Face à preocupante situação existente nos países em desenvolvimento em que muitas pessoas irão morrer, num futuro próximo, se não receberem tratamento, a OMS, a ONUSIDA e os restantes parceiros anunciaram um plano, denominado por

“3 em 5”, que consiste em disponibilizar o tratamento anti-retroviral a três milhões de pessoas dos países em desenvolvimento até aos finais de 2005 (WHO, 2004a).

A epidemia VIH/SIDA tem forçado a comunidade internacional a considerar a necessidade de repensar as políticas de saúde de forma a contribuir para uma mudança na história da evolução da doença (UNAIDS, 2004a; WHO, 2004a). Uma das premissas defendida por uma extensa comunidade científica e que foi também destacada nas conclusões da XVª Conferência Internacional sobre SIDA “Access for All” (2004) prende-se com o reconhecimento de que como a eficácia a longo prazo das novas terapias é ainda desconhecida e inatingível para toda a população, e os avanços em relação a uma vacina são lentos, a prevenção continua a ser um dos pilares na resposta ao VIH/SIDA, que deve ser, contudo, conjugada com o tratamento, a assistência e o suporte às pessoas infectadas (Waldo & Coates, 2000; Wolffers, 2000).

Em Portugal, o primeiro caso de infecção pelo VIH que coincidiu com o primeiro caso de SIDA, foi notificado em 1983. Atendendo ao contexto da problemática desta doença e o alerta que se gerou na comunidade científica em geral e na saúde em particular, o Ministério da Saúde, em 1985, criou o Grupo de Trabalho da SIDA (GTS) para estabelecer e coordenar as linhas orientadoras da luta contra a doença nas suas diferentes vertentes, em especial: recolher informação sobre novos casos de infecção, realizar diagnósticos, desenvolver e implementar estratégias de luta contra a SIDA a nível nacional e colaborar com outros organismos internacionais empenhados na luta contra esta doença emergente (CNLCS, 2000a; Duque, 2002). No âmbito das actividades promovidas pelo GTS, em 1987, os meios de comunicação social difundiram a primeira mensagem preventiva destinada à população em geral, sob a forma de spot televisivo e, em 1988, surge a primeira campanha que abrangeu a televisão, rádio e imprensa escrita. Entre 1987 e 1988, foi enviado, a todos os habitantes de Portugal Continental, um folheto informativo sobre as formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA (CNLCS, 2000a).

Tendo em conta a importância que este problema de saúde estava a assumir no contexto mundial e nacional, em 1990, o GTS é reformulado e cria-se a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS) (Duque, 2002). Em 1992 constituem-se as primeiras organizações não governamentais (ONG's) vocacionadas para actuar nesta área. No decorrer do trabalho desenvolvido tem-se constatado que a contribuição das ONG's tem sido fundamental no trabalho ao nível das

comunidades com problemáticas específicas, conseguindo dar respostas mais rápidas face às suas necessidades e atingindo sectores da população nem sempre abrangidos pelas campanhas nacionais (CNLCS, 2003; CNLCS, 2000a).

A nível nacional, o reconhecimento da necessidade de descentralizar a coordenação e execução das acções desenvolvidas no âmbito da Luta contra SIDA, levou à criação, em 1998, das Comissões Distritais de Luta contra a SIDA (CDLCS), por Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, Saúde, Solidariedade e Segurança Social e do Secretário de Estado da Juventude. Estas estruturas visam dinamizar e coordenar a nível local as actividades de prevenção da SIDA desenvolvidas pelos vários sectores envolvidos nesta problemática, permitindo multiplicar esforços, otimizar os recursos sociais existentes, resultando numa importante medida estrutural de apoio às acções no terreno de forma a garantir uma maior participação das comunidades na prevenção do VIH/SIDA (CNLCS, 2000a).

Desde que foi criado o GTS até à actualidade, as acções no âmbito da política de Luta contra a SIDA desenvolveram-se e alargaram-se nas áreas da prevenção, apoio aos doentes, combate à discriminação e auxílio à investigação (CNLCS, 2000b).

À CNLCS competia a coordenação nacional intersectorial mas, visto que este organismo não possuía estruturas e logística que permitissem o desenvolvimento directo de actividades, houve necessidade de criar condições para a execução de outras iniciativas de forma descentralizada por parte de diferentes instituições públicas e privadas, através do lançamento de programas de apoio concedidos a entidades externas para a prossecução de actividades no âmbito da Luta contra a SIDA. Assim, em Portugal, as acções propostas neste âmbito foram desenvolvidas, quer pelo Ministério da Saúde, através da CNLCS, quer por outros organismos governamentais envolvidos, como os Ministérios da Educação, dos Negócios Estrangeiros e da Solidariedade Social, quer ainda por intermédio do desempenho de indivíduos e de diferentes organizações não governamentais, independentemente da sua formalização institucional, concretizando a importância da cooperação entre vários sectores e pessoas envolvidas (CNLCS, 2003; CNLCS, 2000a).

A política de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA continua a ser uma prioridade nas políticas de Saúde Pública em Portugal, facto comprovado pelo crescente investimento público e privado, bem como pelo número de organizações governamentais e não governamentais com vocação para a intervenção nesta área (CNLCS, 2003; CNLCS, 2000a).

Recentemente, a CNLCS foi extinta e as suas competências e atribuições foram transferidas para a Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA integrada no Alto Comissariado da Saúde.

1.3 Promoção da Saúde Sexual e Prevenção do VIH/SIDA

Como já referido, apesar dos reconhecidos esforços na área biomédica, ainda não se descobriu a cura para a doença nem uma vacina para prevenir a infecção pelo vírus. Neste sentido, e atendendo ao enquadramento epidemiológico do VIH/SIDA, chegou-se a um consenso, quer no âmbito internacional quer nacional, de que o único meio para reduzir a disseminação da epidemia é a prevenção (Rietmeijer, 2003; WHO, 2004a). Outros argumentos que suportam a ideia de que a prevenção é prioritária prendem-se com o facto do investimento nesta área parecer ter impacto na redução de novas infecções (Chesson, Harrison, Scotton, & Varghese, 2005) e ser inferior ao dos custos com o sector da assistência e ao dos custos indirectos da doença, como sejam, a redução do potencial de anos de vida com qualidade e a perda de vidas humanas nos vários países (Holtgrave, 2002).

Tradicionalmente, as políticas de controlo do VIH/SIDA e a compreensão do risco de infecção foram predominantemente baseadas no modelo biomédico. No terreno da prevenção da infecção pelo VIH, a maioria das intervenções foram baseadas na educação para a saúde, desenvolvendo-se trabalho maioritariamente na área da informação, e em particular no conhecimento dos modos de transmissão da doença, das formas de evitar o contágio e das consequências da infecção. Esta abordagem tem falhado na demonstração de resultados em relação à mudança de comportamentos a longo prazo e ao nível das populações (Macintyre & Ellaway, 2000; Shoveller, Johnson, Langille, & Mitchell, 2004). Uma das limitações desta estratégia parece estar associada com o formato assumido pelas campanhas de educação para a saúde que enfatizavam a SIDA como uma doença letal e destacavam a intensidade do sofrimento pessoal e emocional que atingia os

infectados (Blumberg, 2000). Esta abordagem resultou em posições ideológicas e morais pré-concebidas na saúde e na sexualidade que influenciaram a forma como o conhecimento científico foi genericamente assimilado. A conotação inicial da SIDA, associada de forma estigmatizante aos denominados grupos de risco, reforçou preconceitos e atitudes discriminatórias contra algumas minorias (Parker & Aggleton, 2002). O resultado foi o de disseminar a falsa noção de que apenas indivíduos pertencentes a determinados grupos populacionais estariam susceptíveis ao contágio, o que levou a que os indivíduos que não se consideravam como pertencentes aos referidos grupos se percepcionassem como imunes à doença e, por isso, não tomassem as precauções necessárias para evitar a infecção (Blumberg, 2000; Cláudio, Pereira, & Robalo, 1994). O aumento de infecções entre heterossexuais nos últimos anos poderá ser um indicador deste processo (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2005).

Tendo sido alvo de muitas críticas, o conceito de grupo de risco foi gradualmente substituído pelo conceito de comportamentos de risco. Este novo referencial incorpora outros pressupostos à prevenção primária, como as teorias individualistas da mudança comportamental e a ênfase nas escolhas responsáveis individuais, subjacentes aos programas de prevenção do VIH/SIDA (Ayres et al., 1999). Esta perspectiva tem contribuído para que os promotores de saúde invistam na informação fornecida e em acções e estratégias preventivas de forma a persuadir os indivíduos a adoptar comportamentos sexuais seguros. O facto de se considerar a mudança comportamental como o meio mais efectivo para enfrentar a epidemia, levou a que a compreensão dos factores cognitivo-comportamentais determinantes para o estado de saúde e doença recebesse grande atenção. Ao longo dos tempos, vários modelos teóricos baseados na mudança de comportamento para a saúde têm sido aplicados à prevenção do VIH/SIDA. Em seguida, identificam-se alguns dos modelos mais referenciados na literatura.

O Modelo de Crenças na Saúde (Health Belief Model; Becker et al., 1977; Rosenstock, 1974) postula que os indivíduos estão mais propensos a mudanças de comportamento quando percebem que: 1) podem estar vulneráveis ou susceptíveis à doença (percepção de susceptibilidade); 2) as consequências da doença são severas (percepção de severidade); 3) há benefício com a adopção de medidas preventivas e o indivíduo percebe que essas medidas são efectivas (percepção de benefício); 4) uma determinada mudança comportamental gera benefícios que

suplantam os inconvenientes envolvidos na adopção dessas práticas (percepção de barreiras).

A Teoria da Motivação Protectora (Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1983) consiste numa expansão do modelo anterior. De acordo com esta teoria, os factores ambientais e os factores pessoais influenciam os componentes deste modelo (auto-eficácia, eficiência das respostas, gravidade, vulnerabilidade) que, por sua vez, incitam a uma de duas respostas, ou adaptada ou desadaptada. Estes dois padrões de resposta combinam-se para formar a motivação protectora, ou seja, a intenção de responder a uma potencial ameaça ou com uma resposta adaptada (comportamento protector) ou com uma resposta inadaptada (comportamento de risco) cuja força reflecte o grau de motivação em proteger a sua saúde.

A Teoria da Aprendizagem Social e a Teoria Sócio-Cognitiva, como mais tarde se tornou conhecida (Bandura, 1977, 1986) também tem sido aplicada ao contexto do VIH/SIDA. A Teoria Sócio-Cognitiva afirma que o comportamento é o resultado de uma interacção entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores. Os principais componentes desta teoria são a percepção de auto-eficácia (até que ponto o indivíduo se julga ser bem sucedido a executar um determinado comportamento) e a expectativa dos resultados (a crença de que um determinado comportamento conduz a uma consequência particular), a modelagem (muitos dos comportamentos são consequência dos modelos comportamentais a que um indivíduo está sujeito ao longo da vida) e a influência motivadora do bom estado de saúde como resultado comportamental (se o bom estado de saúde for valorizado, pode constituir uma recompensa para a prática de comportamentos de manutenção ou promoção de saúde).

A Teoria da Acção Ponderada (Theory of Reasoned Action; Ajzen & Fishbein, 1980) foi desenvolvida como uma teoria conceptual que pressupõe que os antecedentes imediatos de um determinado comportamento são as intenções comportamentais, que por sua vez são determinadas por dois processos cognitivos paralelos: as atitudes face a um determinado comportamento e as normas subjectivas (influência social). Mais tarde, Ajzen (1985) acrescentou uma dimensão suplementar a este modelo: a percepção do controlo sobre o comportamento pretendido, que reflecte a capacidade percebida do indivíduo para praticar o comportamento desejado. Assim, o controlo percebido combina-se com as atitudes e as normas percebidas para

formar a intenção de desenvolver um comportamento específico. Este modelo mais alargado é chamado a Teoria do Comportamento Planeado (Theory of Planned Behaviour; Ajzen, 1985, 1991).

De acordo com o Modelo Transteórico ou o Modelo de Fases de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994), os processos cognitivos implicados na mudança comportamental ocorrem em diferentes fases, variando o conteúdo das cognições com o tempo. A mudança de comportamento é desenvolvida num processo gradual que compreende cinco fases: a pré-contemplação (não estar consciente do problema, não ter pensado na mudança); a contemplação (colocar a possibilidade de mudar); a decisão (elaborar um plano efectivo para o futuro); a acção (implementar planos específicos); a manutenção (continuar com acções positivas ou repetir periodicamente os passos recomendados).

Catania, Kegeles e Coates (1990) propuseram um modelo de redução do risco de SIDA (AIDS Risk Reduction Model - ARRM) que integra elementos de vários modelos para descrever o processo de mudança comportamental relacionada especificamente com os comportamentos sexuais de risco relacionados com a transmissão do VIH/SIDA. O ARRM pressupõe o processo de mudança de comportamento em três fases: 1) reconhecer que o comportamento o coloca em risco de infecção. Esta fase incorpora a noção de susceptibilidade, assumindo que a percepção do risco é uma condição fundamental para a mudança de comportamento; 2) responsabilizar-se pelo seu comportamento e ter o compromisso de mudar o comportamento de risco. A tomada de decisão está relacionada com a ponderação entre o custo e o benefício do uso do preservativo e com a percepção de auto-eficácia; 3) procurar estratégias direccionadas à redução de comportamentos de risco e adoptar os comportamentos preventivos. Adicionalmente, os autores, identificaram vários factores internos e externos que podem influenciar a motivação de cada indivíduo para a passagem entre as várias fases (Catania, Kegeles, & Coates, 1990).

Fisher e Fisher (1992) desenvolveram um modelo de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (Information, Motivation, and Behavioral Skills Model) que contempla a informação relevante acerca dos modos de transmissão e formas de prevenção do VIH/SIDA, a motivação para alterar os comportamentos sexuais de risco e as

competências comportamentais necessárias para adoptar comportamentos sexuais saudáveis. Os autores sugerem que estes determinantes psicológicos do comportamento preventivo face ao VIH/SIDA têm sido conceptual e empiricamente associados à prevenção do VIH/SIDA, mas muitas das vezes de forma isolada.

Os modelos sócio-cognitivos e de mudança de comportamentos descritos têm sido considerados como um contributo para a compreensão dos factores envolvidos no processo de mudança de comportamentos necessária ao controlo da epidemia da SIDA, proporcionando referenciais teóricos para o desenvolvimento e implementação de investigações e de programas de prevenção que sejam efectivos (Albarracín et al., 2003; Rietmeijer, 2003; Schaalma, Abraham, Gillmore, & Kok, 2004; Weinstein & Sandman, 2002).

Apesar das contribuições conceptuais dos modelos de mudança de comportamentos, inúmeros autores defendem que estes apresentam várias limitações. Os comportamentos sexuais são situações que apesar de serem experiências individuais são também relações interpessoais e sociais. Uma das críticas apontadas prende-se com o facto de estes modelos conceptualizarem o comportamento sexual como um acto individual e de se centrarem nos comportamentos individuais determinados exclusivamente por decisões racionais conscientes e dirigidas pelo desejo comum de preservar a saúde. A maioria desses modelos teóricos de mudança de comportamentos, ao colocar a ênfase no individual, negligencia a importância da estrutura social, económica, cultural e política no processo saúde/doença e na natureza dos relacionamentos onde a actividade sexual está presente (Waldo & Coates, 2000). Estes modelos pressupõem também que os comportamentos sexuais são planeados, esquecendo que o comportamento sexual é frequentemente impulsivo e, pelo menos em parte, motivado por factores emocionais e afectivos.

Assim, actualmente, na medida em que cada um dos modelos tem trazido contribuições para o diagnóstico dos factores relacionados com os comportamentos sexuais relevantes para o VIH/SIDA, advoga-se a necessidade desses modelos serem vistos como complementares, defendendo-se que o uso eficaz dos modelos exige que se ultrapasse o nível individual e se considerem as suas implicações para as políticas sociais, ambientais e de saúde pública (Crosby, Kegler, & DiClemente, 2002; Holtgrave & Pinkerton, 2000; Talashek, Norr, & Dancy, 2003).

Vários autores têm também criticado os tradicionais modelos de educação para a saúde destacando aspectos como: as acções educativas institucionalizadas que seguem metodologias racionalistas implementadas ao nível do indivíduo com ausência da visão contextual; a falta de preocupação com o ambiente macrossocial que engloba quer os processos económicos e sociais, quer os processos construídos pela cultura; a estrutura do processo educativo que se caracteriza, muitas vezes, por ser unidireccional, assumindo a comunidade um papel passivo e convertendo-se em objecto e alvo de intervenções nas quais não toma parte; a excessiva busca de objectividade na prática institucionalizada e a ênfase dada aos comportamentos observáveis, ignorando o plano subjectivo e promovendo a dissociação dos processos afectivos e cognitivos (Merchán-Hamann, 1999; Muturi, 2005).

Muitas das investigações realizadas na área da sexualidade foram desenvolvidas com o objectivo de estudar o VIH/SIDA, reduzindo o foco da sexualidade a um problema de saúde. Vários autores salientam a necessidade de dar mais atenção ao carácter contextual e interactivo do comportamento sexual de forma a aprofundar a compreensão acerca da adopção de comportamentos sexuais com relevância para a infecção pelo VIH/SIDA (Millstein & Halpern-Felsher, 2002; Porter, 2002).

Tradicionalmente, a necessidade de estimar o risco de infecção pelo VIH/SIDA de forma a clarificar os factores prioritários das acções de Saúde Pública, tem privilegiado a dimensão quantitativa do mesmo e os estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (Crawford & Popp, 2003). Vários autores sugerem que a metodologia quantitativa é restritiva e baseada em concepções simplistas de variáveis caracterizadas, muitas das vezes, apenas tendo em conta o modelo biomédico. Salientam que os métodos quantitativos reduzem o risco do comportamento sexual a uma questão de saúde individual, o que simplifica um problema que depende de multifacetadas associações entre os factores individuais, sociais, económicos e culturais, entre outros (MacPhail & Campbell, 2001). De acordo com esta opinião, a frequente utilização da metodologia quantitativa, ao não conseguir abordar os complexos determinantes do comportamento sexual, tem sido um factor que contribui para a limitação da definição das estratégias de promoção da saúde nesta área. Por outro lado, as metodologias de investigação qualitativa podem proporcionar informações importantes acerca dos processos subjacentes à adopção de comportamentos de saúde, o que as metodologias quantitativas,

relativamente limitadas, não permitem. Neste sentido, tem sido cada vez mais defendido que na pesquisa em saúde, e nos comportamentos sexuais relevantes para o VIH/SIDA em particular, as metodologias quantitativas (mais objectivas) devem ser complementadas com metodologias qualitativas (de carácter mais subjectivo) (Lipovsek et al., 2002; Power, 2002; Tolman & Szalacha, 1999).

Por outro lado, alguns autores salientam que para que um programa seja eficaz é necessário, simultaneamente, fundamentação teórica, investigação e estratégias de planeamento, implementação e avaliação. O modelo de Marketing Social e o Preceder-Proceder (“Precede-Proceed Model”; Green & Kreuter, 1991), que podem integrar vários enquadramentos teóricos, têm sido aplicados na área da promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA (Eloundou-Enyegue, Meekers, & Calves, 2005; Futterman et al., 2001; Price, 2001).

Os enormes desafios decorrentes da epidemia SIDA requerem a discussão e elaboração de um paradigma alternativo para as políticas de saúde, no âmbito da prevenção e controlo da doença, que articule a educação para a saúde e a sua conceptualização no âmbito do conceito de promoção da saúde mais abrangente.

O conceito de vulnerabilidade proposto por Mann e Tarantola (1996) tenta superar a abordagem comportamental individual, aprofundando a discussão em relação às dimensões implicadas na prevenção e controlo do VIH/SIDA. Esta perspectiva inclui: elementos de vulnerabilidade individual (que englobam a dimensão cognitiva e comportamental); factores de vulnerabilidade programática que tornam determinadas populações mais susceptíveis de contrair a infecção (factores de ordem estrutural relacionados com a qualidade e eficácia dos programas de prevenção do VIH/SIDA, com os serviços sociais e de saúde, e com a garantia do respeito pelos direitos dos portadores de VIH/SIDA); factores de vulnerabilidade social (inclui a vulnerabilidade à doença e ao impacto sócio-económico provocado pela SIDA).

Este conceito é construído a partir da premissa de que os factores sociais têm uma forte influência na vulnerabilidade pessoal e programática (Mann & Tarantola, 1996). Nessa perspectiva, os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes que devem também ser contemplados no planeamento das intervenções preventivas (Sumartojo, 2000). A emergência desta perspectiva coloca

a ênfase no desenvolvimento de políticas que envolvam os indivíduos implicados, considerando a sua cultura e o contexto sócio-político em que as decisões são tomadas (Waldo & Coates, 2000), atribuindo-se à questão da defesa dos direitos humanos um papel mais significativo na prevenção (Mann, 1998). As acções devem ser redefinidas a partir da própria dinâmica dos contextos que perpetuam as possibilidades de exposição ou protecção face ao problema de saúde (Ayres et al., 1999).

A proposta do conceito de vulnerabilidade, por um lado, afirma a complexidade da epidemia e, por outro, ao conjugar diversos planos, desafia as políticas preventivas a superar a dimensão individual do fenómeno epidémico e a construir as estratégias de controlo da doença baseadas no conceito de promoção da saúde. Os pressupostos deste conceito reforçam a necessidade do fortalecimento do compromisso político como eixo fundamental para o controlo da epidemia. Por outro lado, tornam-se também prioritárias a formulação de políticas públicas saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde no sentido de ampliarem as suas parcerias com outros organismos governamentais e comunitários, capacitando os diversos sectores envolvidos para a criação de um ambiente saudável com qualidade de vida (Sumartojo, 2000; Wolffers, 2000). A integração das várias acções permite o afastamento da visão vertical da Saúde Pública, de especificidade programática e de campanhas pontuais e incorpora a noção abrangente de “risco” com o desenvolvimento de acções horizontais implementadas, de forma descentralizada, quer por organismos públicos, quer por organizações da comunidade.

Um nível mais abrangente de integração envolve também o próprio conceito de saúde que se concebe numa perspectiva holística de bem-estar em que o ser humano se apresenta como entidade composta de diversas dimensões: física, mental, emocional, social, cultural e ecológica. Esta visão pressupõe ainda a quebra da visão dicotómica operacional curativa e preventiva, criando maior abrangência nas acções de forma a alcançar o aspecto ecológico e adaptativo da saúde nos indivíduos na sua comunidade (Crosby, Kegler et al., 2002; Holtgrave, 2005; Schaalma et al., 2004).

Hovell et al. (1994, 2002) descrevem um modelo “Behavioral-Ecological Model” que combina os princípios do comportamento com a ecologia social para servir de base conceptual às intervenções no controlo e prevenção da SIDA. Este modelo conceptual integra as teorias cognitivas da mudança comportamental com o modelo

ecológico para criar um modelo comportamental e ecológico para o comportamento sexual de risco. Este modelo sugere múltiplas intervenções a diferentes níveis, como o individual, o familiar, o interpessoal (pares) e o comunitário (englobando várias unidades, como as instituições sociais, a escola, os serviços de saúde, os meios de comunicação social, entre outros).

Uma das orientações da Saúde Pública consiste em conceber iniciativas no âmbito da promoção de saúde das comunidades, sendo que o bem-estar colectivo pode ser protegido pela criação de estruturas e políticas que sirvam de suporte aos estilos de vida saudáveis, e pela redução ou eliminação de riscos ambientais sociais e psicológicos (Sumartojo, 2000). Os modelos de nível comunitário são enquadrados para compreender como funcionam e se alteram os sistemas sociais, e como as comunidades e organizações podem ser activadas. Os modelos comunitários englobam uma perspectiva ecológica e são suporte para atingir o objectivo de melhor saúde para os indivíduos, grupos, instituições e comunidades (Matos, 2005a; Waldo & Coates, 2000).

CAPÍTULO 2 - ADOLESCENTES E SAÚDE

2.1 Adolescência e desenvolvimento da sexualidade do adolescente

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social, delimitada pela faixa etária entre os 10 e os 19 anos (WHO, 2002a). A adolescência engloba um longo período de tempo e abrange diferentes processos e tarefas desenvolvimentais, o que leva a que seja considerada pela maioria dos autores como uma fase heterogênea (Braconnier & Marcelli, 2000).

A adolescência envolve mudanças profundas que ocorrem nas várias áreas do desenvolvimento fisiológico, psicológico, emocional, cognitivo e social (DiClemente, Wingood, Crosby et al., 2001a; Omar, McElderry, & Zakharia, 2003; Simons-Morton & Hartos, 2002). Iniciam-se vários processos em simultâneo: o corpo modifica-se com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários; o pensamento torna-se objecto de transformações, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos; a vida social evolui pelo duplo movimento de emancipação da tutela parental e de estabelecimento de relações mais fortes e elaboradas com o grupo de pares, pela necessidade de uma maior autonomia e independência pessoal; a relação consigo mesmo altera-se pela capacidade crescente de integrar as diversas dimensões da personalidade; a representação de si (identidade) passa a relacionar-se com uma nova subjectividade, fruto das transformações sexuais, cognitivas e sociais (Kroger, 2000; UNICEF, 2002a).

A puberdade, período mais intenso de modificações físicas, é um acontecimento biológico que marca o fim da infância e o início da adolescência e precipita a transição psicológica que o adolescente vai ter de enfrentar (Sharpe, 2003; Waylen & Wolke, 2004). Durante um período relativamente curto do ciclo de vida, o corpo da criança vai sofrer um conjunto de rápidas transformações que atacam a consistência da imagem corporal que se tinha construído sem perturbações durante a infância, fazendo-se sentir a necessidade de reconstruir a representação do corpo e a auto-imagem corporal sexuada e de assumir a identidade de género e a progressiva sexualidade adulta (Lerner & Castellino, 2002; Porter, 2002).

O processo de desenvolvimento psicosssexual e de identidade sexual é assim, uma das principais tarefas desenvolvimentais da adolescência e está associado às mudanças físicas, psicológicas e interpessoais que estão simultaneamente a ocorrer (Sharpe, 2003). A sexualidade é um fenómeno multidimensional e é parte integrante da formação da identidade, do auto-conceito, da auto-estima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Ela é também uma componente essencial do relacionamento com os outros, nomeadamente no domínio amoroso (Dias, Matos, & Gonçalves, 2005a; Neinstein & Anderson, 2002).

O relacionamento heterossexual e as relações amorosas assumem, durante a adolescência, uma importância significativa (Zimmer-Gembeck, Siebenbruner, & Collins, 2004). Na puberdade, as mudanças vão originar a intensificação dos impulsos sexuais, provocando um acréscimo de sensações e emoções que se consubstanciam psicologicamente numa necessidade do adolescente se envolver em relações íntimas expressas, muitas vezes, através de comportamentos sexuais. Vários autores salientam que tem sido dada pouca atenção às funções positivas dos relacionamentos amorosos na adolescência, sendo minimizada a sua importância no desenvolvimento do adolescente (Meschke, Bartholomae, & Zentall, 2002; Millstein & Halpern-Felsher, 2002; Porter, 2002). A exploração sexual é importante para a formação da identidade sexual e oferece a oportunidade para os adolescentes aprenderem a aceitar a nova imagem de si como elemento participante numa relação mais íntima, treinar a sua competência física, psicológica e social para se envolver em relações heterossexuais mais maduras, e em particular em comportamentos sexuais (Neinstein & Anderson, 2002).

É, no entanto, necessário ter em atenção que quando uma relação romântica emerge e se desenvolve altera a estrutura, a natureza e a qualidade de todo o sistema de relações sociais, incluindo as interações com os pares, com os membros da família e com a escola, alterações estas que têm impacto no funcionamento psicológico do adolescente. Assim, as relações românticas exclusivas e precoces podem limitar as oportunidades dos adolescentes desenvolverem uma mais abrangente compreensão do mundo social, uma autonomia emocional e comportamental e um desenvolvimento completo, estável e independente do conceito de si próprio e da sua identidade. As investigações sugerem também que a transição para o namoro, e em especial a precocidade e a ruptura das relações românticas na adolescência podem implicar potenciais dificuldades em outras dimensões, como diminuição do desempenho académico,

menores expectativas e objectivos para o futuro académico, problemas de comportamento, diminuição do auto-conceito e maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos (Zimmer-Gembeck, 2002).

No processo de desenvolvimento que ocorre durante a adolescência e a juventude são empreendidas novas tarefas entre as quais, tornar-se física e sexualmente amadurecido, adquirir maturação psicológica e cognitiva e competências necessárias aos papéis de adulto, ganhar autonomia e independência dos pais e renegociar relações sociais com pares do mesmo sexo e do sexo oposto (Steinberg & Morris, 2001). A transição que ocorre na adolescência é particularmente relevante em termos desenvolvimentais devido à simultaneidade das mudanças, à multidimensionalidade dos domínios em que estas ocorrem e à sua inter-relação, na medida em que as alterações numa dimensão não só se relacionam com as mudanças nas outras, como também fornecem bases para essas modificações (Braconnier & Marcelli, 2000).

Durante este período, os adolescentes são assim confrontados com novas tarefas que estão associadas ao desenvolvimento e aos seus percursos de vida, sendo a sua passagem e resolução essenciais para que o próprio desenvolvimento ocorra de um modo equilibrado (Havinghurst, 1972; Jessor, 1984; Lerner, 1998). As grandes alterações que ocorrem, quer no próprio, quer no meio social em que o adolescente está inserido, vão exigir-lhe um esforço para se adaptar às novas realidades internas e externas e impõem que o adolescente se reorganize, quer ao nível estrutural, quer ao nível funcional (Steinberg & Morris, 2001). Adicionalmente, a sociedade impõe expectativas específicas ao adolescente que moldam algumas dessas tarefas e acrescem dificuldades pela preocupação e receio de não ser capaz de as satisfazer.

A adolescência, período em que se procura novas referências, se ganha novo sentido de pertença e identidade, se estabelece novos objectivos de vida e se testam novas potencialidades, oferece excelentes oportunidades para um crescimento positivo e saudável, sendo o adolescente com um desenvolvimento equilibrado capaz de se adaptar às mudanças duma forma construtiva, o que sugere que a adolescência pode ser considerada como um período de adaptação produtiva (Lerner & Thompson, 2002; Matos, 2005b). Mas, se para alguns adolescentes estas mudanças são estimuladoras do desenvolvimento, sendo capazes de lidar com os desafios adaptativos e as exigências destas tarefas sem

uma acentuada alteração do seu bem-estar, outros haverá para quem estas novas situações podem provocar uma exaustão nos seus recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais, reflectindo-se em profundas alterações no seu equilíbrio e bem-estar (DiClemente et al., 2001a).

Assim, a adaptação, por um período longo, às modificações multidimensionais e simultâneas que ocorrem em todas as áreas do funcionamento, algumas com uma grande proximidade temporal, pode ser concebida como um desafio que envolve um novo conjunto de exigências adaptativas. Por outro lado, a existência de assincronias entre os vários domínios do desenvolvimento físico, cognitivo e social e as exigências do meio externo podem aumentar as dificuldades (Steinberg, 2005). Os adolescentes confrontam-se com alguns desafios que podem aumentar a possibilidade de ocorrência de alterações ao seu bem-estar, sobretudo quando não há consonância entre os recursos pessoais e o apoio social disponíveis e os necessários para lidar com esses desafios. Neste sentido, os contextos envolventes desempenham um papel importante ao nível do ajustamento do jovem. As consequências desfavoráveis das dificuldades sentidas podem ser os precursores de manifestações psicológicas de mal-estar, que podem traduzir-se de várias formas, problemas comportamentais e emocionais, insucesso escolar, consumos excessivos e comportamentos sexuais de risco (DiClemente et al., 2001a).

Uma vez que a adolescência é caracterizada por algum grau de experimentação que é apropriado e socialmente adaptativo, o comportamento exploratório assume nesta fase uma importante função no desenvolvimento. No entanto, embora o envolvimento em actividades de risco possa ser normativo, alguns desses comportamentos trazem um elevado risco e os seus efeitos nos jovens oferecem um perigo real (Porter, Oakley, Guthrie, & Killion, 1999). Devido a estas constelações e às circunstâncias da vida actual, alguns autores caracterizam a adolescência como um período de significado desenvolvimentista importante, com implicações a longo prazo ao nível da saúde e do bem-estar (McManus, 2002; Steinberg & Morris, 2001).

2.2 Saúde dos adolescentes

Considerando apenas as taxas de mortalidade deste grupo, a saúde dos adolescentes foi durante anos negligenciada (Irwin, Burg, & Cart, 2002; United

Nations, 2005). No entanto, tem-se assistido a um aumento do interesse pela saúde deste grupo na medida em que a mudança na origem das causas de morbilidade e mortalidade dos jovens leva a que muitos adolescentes apresentem problemas de saúde sem que esteja implicada uma origem biomédica (DiClemente et al., 2001a; Prazeres, 2003). Actualmente, verifica-se que as ameaças para a saúde dos adolescentes são na sua maioria consequência de factores ambientais, sociais, psicológicos e comportamentais (Crosby, Kegler et al., 2002; Lerner & Thompson, 2002; Matos, Simões, & Canha, 1999).

A Organização Mundial de Saúde aponta como principais problemas de saúde específicos da adolescência a gravidez indesejada, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, onde actualmente se destaca a SIDA, o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes de viação e hábitos alimentares (WHO, 2002a). Estes problemas, cuja génese tem causas multivariadas, são em grande parte determinados por opções individuais no que respeita aos comportamentos e estilos de vida, e portanto são, em geral, passíveis de prevenção (Irwin et al., 2002; United Nations, 2005).

O processo de desenvolvimento do adolescente obriga a que este conquiste o conhecimento profundo de si próprio, procurando conhecer os limites pessoais nos domínios biológico, psico-afectivo e social. No decorrer deste percurso complexo de exploração vivem-se situações que podem representar, de alguma forma, risco pessoal. Neste sentido, torna-se necessário compreender o significado das condutas dos jovens e desenvolver uma forma compreensiva de encarar o comportamento de risco que na adolescência assume características específicas e se traduz num fenómeno complexo e multidimensional (Kelly, 2000).

Os comportamentos de risco adoptados pelos adolescentes podem assim ser analisados numa dupla perspectiva: as condutas exploratórias construtivas que potenciam o crescimento, o desenvolvimento psicossocial e estimulam a autonomia, portanto com consequências positivas na saúde, e por outro lado, os comportamentos destrutivos que podem gerar danos para a saúde dos adolescentes a curto, médio e longo prazo (Boyer, Tschann, & Shafer, 1999; Prazeres, 2003).

Vários autores salientam que os comportamentos de risco na adolescência devem ser considerados como detentores de significado e funcionais (Lerner & Castellino,

2002). Neste contexto, constituem muitas vezes uma forma de alcançar a aceitação social pelo grupo de pares, de construir um sentimento subjectivo de autonomia face à família, de contradizer as normas e regras da autoridade convencional, de lidar com a ansiedade e frustração, de confirmar para si e para os outros alguns atributos da sua identidade, de afirmar maturidade e marcar a transição de um estatuto de criança para um de adulto.

Outro aspecto que assume relevância na área da saúde dos adolescentes é o facto de muitos estudos sugerirem que os comportamentos de risco na adolescência estão positivamente relacionados entre si, ou seja, o envolvimento em um comportamento de risco aumenta a probabilidade do jovem se envolver em outros comportamentos de risco (Jessor, 1984; Talashek et al., 2003). Jessor e colaboradores (Jessor, Donovan, & Costa, 1991; Jessor & Jessor, 1977) desenvolveram a teoria do comportamento-problema que sublinha que os problemas de comportamento, que são concomitantemente comportamentos de risco para a saúde, tendem a ocorrer não de forma isolada, mas inseridos num conjunto mais abrangente de comportamentos problemáticos, salientando um domínio de intercepção entre ambos. De acordo com este referencial teórico, os programas de prevenção devem privilegiar abordagens que tenham em consideração os vários comportamentos-problema na medida em que estes têm padrões similares de desenvolvimento e determinantes comuns, não negligenciando a especificidade de cada comportamento (Guilamo-Ramos, Litardo, & Jaccard, 2005; Stueve & O'Donnell, 2005; WHO, 2004b).

Vários estudos empíricos sustentam os modelos que colocam alguns padrões de comportamentos sexuais num modelo geral de risco acumulado, encontrando associações entre a actividade sexual de risco e o consumo de tabaco, álcool e drogas e a violência (Clark, Brey, & Banter, 2003; Forehand et al., 2005; French & Dishion, 2003; Halpern, Joyner, Udry, & Suchindran, 2000; Talashek, Peragallo, Norr, & Dancy, 2004; Tremblay & Frigon, 2004).

Numa perspectiva de Promoção de Saúde considera-se importante compreender o processo que conduz a que alguns adolescentes sejam bastante eficazes em situações adversas, enquanto que outros não conseguem ultrapassar com sucesso os desafios inerentes a esta fase. Denomina-se por resiliência a capacidade do indivíduo para se ajustar às adversidades do ambiente, resolver com sucesso os desafios da sua vida pessoal, familiar, escolar e comunitária, bem como reverter

situações desfavoráveis em atitudes e comportamentos que diminuem a vulnerabilidade, incrementam a auto-protecção e desenvolvem novas capacidades (Fergus & Zimmerman, 2005; McManus, 2002). Numa perspectiva desenvolvimentista, esta capacidade não é estática, mas sofre alterações no decorrer do tempo e é determinada pelo estágio de desenvolvimento em que ocorre e pelo contexto global das influências dos vários domínios do funcionamento do jovem (Werner & Smith, 2001).

Jessor et al. (1995) sugerem que o comportamento é resultado da interacção dinâmica entre factores de risco e de protecção de variáveis psicológicas, comportamentais e ambientais que determinam a probabilidade de ocorrência de um comportamento para a saúde positivo ou negativo. Neste sentido, é necessário considerar a complexa interacção entre os factores de risco e de protecção que podem reduzir ou ampliar o impacto dos comportamentos de risco nos adolescentes e no seu desenvolvimento (Reininger et al., 2005; WHO, 2002b). Investigações sugerem que os factores de protecção podem ter uma influência directa na medida em que contribuem para um menor envolvimento em comportamentos de risco, mas também um efeito indirecto através da função moderadora ou redutora do impacto dos factores de risco individuais e ambientais (Crosnoe, Erickson, & Dornbusch, 2002; Fergus & Zimmerman, 2005).

Os factores protectores foram durante muito tempo subestimados na pesquisa e nos estudos da adolescência e só recentemente ganharam relevância, especialmente no planeamento de estratégias de prevenção e de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis nos jovens. Muitas intervenções têm enfatizado uma orientação para os factores de risco – situações, contextos, condições – que aumentam a probabilidade do envolvimento em comportamentos de risco e que comprometem a saúde física e mental dos jovens (McManus, 2002). No entanto, considera-se que a atenção deve ser também direccionada para os factores de protecção – recursos pessoais, sociais, institucionais e ambientais – que promovem o desenvolvimento adaptado do adolescente e que de alguma forma diminuem os factores de risco e podem produzir consequências positivas para a saúde (Kington & Sullivan, 2001; Matos & Spence, 2005).

Esta abordagem é mais eficaz pois contempla a diminuição do risco, mas também o fortalecimento da protecção. Por outro lado, na medida em que alguns factores de

risco são difíceis de modificar ou eliminar sem uma transformação social profunda, a intervenção ao nível dos factores protectores pode ser uma estratégia efectiva na área da promoção de saúde e prevenção da doença (Matos, 2005c; Siqueira & Diaz, 2004; Talashek et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde realça que qualquer intervenção não se deve limitar a prevenir crises, mas a otimizar e desenvolver a autonomia do jovem (WHO, 2003b). Torna-se assim necessário reformular algumas estratégias de comunicação com os adolescentes que permitam integrar as medidas preventivas num contexto de desenvolvimento e de saúde global dos jovens, dando-se ênfase à complexidade das inter-relações entre factores biológicos, psico-afectivos, sociais e ambientais durante a adolescência e sem se restringirem ao objectivo da prevenção e dos cuidados clínicos ligados às diferentes morbilidades (Goold et al., 2005; WHO, 2003b).

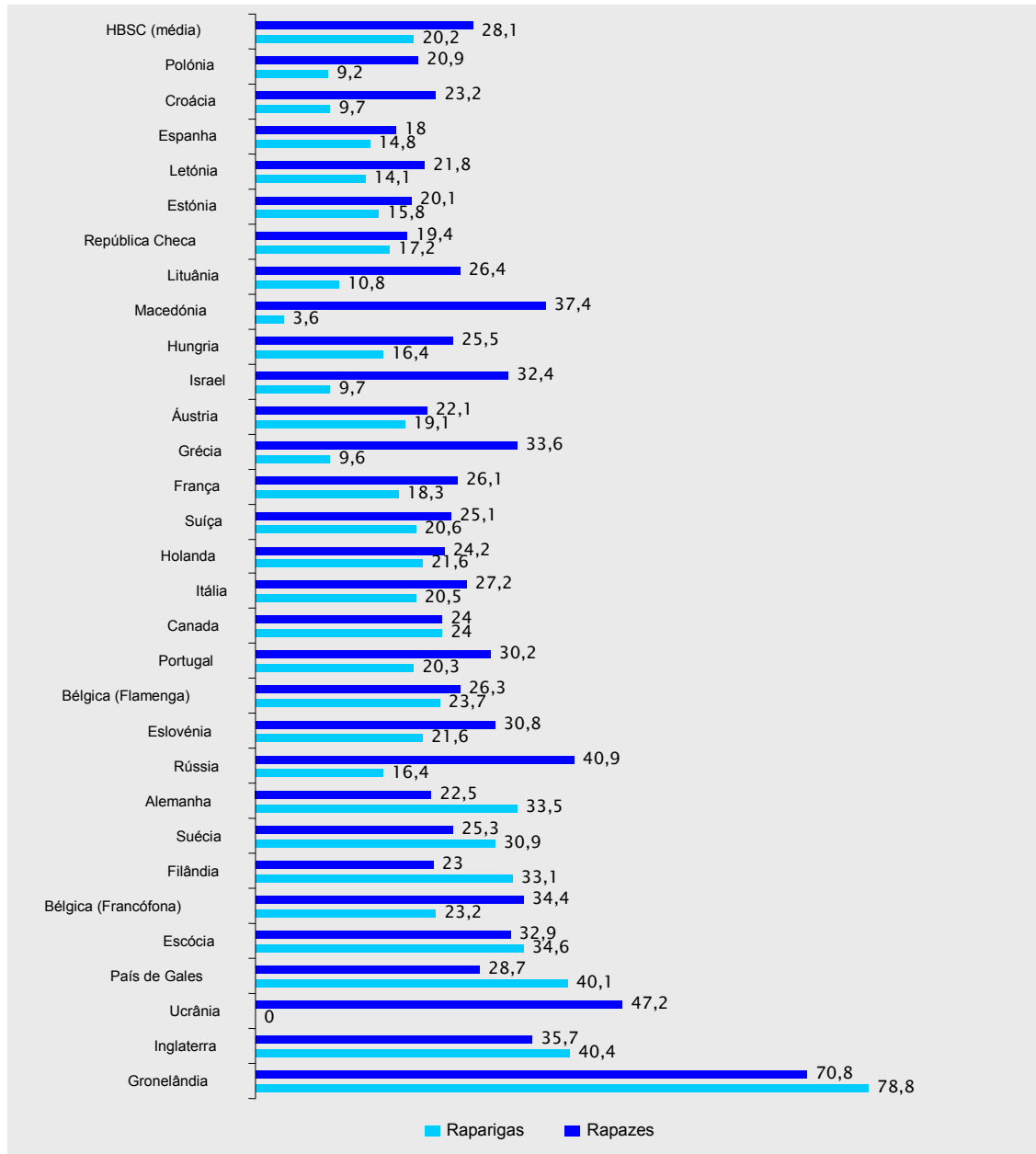
2.3 Promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes

Dados epidemiológicos têm demonstrado que os jovens se encontram em particular risco de infecção pelo VIH/SIDA e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, principalmente pelos comportamentos sexuais que adoptam (United Nations, 2005; WHO, 2004a).

O estudo “Health Behaviour in School-aged Children”, nomeadamente os dados referentes à saúde sexual dos adolescentes de 30 países (Ross, Godeau, & Dias, 2004), indica que a média de adolescentes, com 15 anos, que declara ter iniciado a actividade sexual foi de 28% (Figura 2.1).

No que respeita à idade da primeira relação sexual, o mesmo estudo refere que esta se situou nos 14 anos para os rapazes e 14.3 anos para as raparigas.

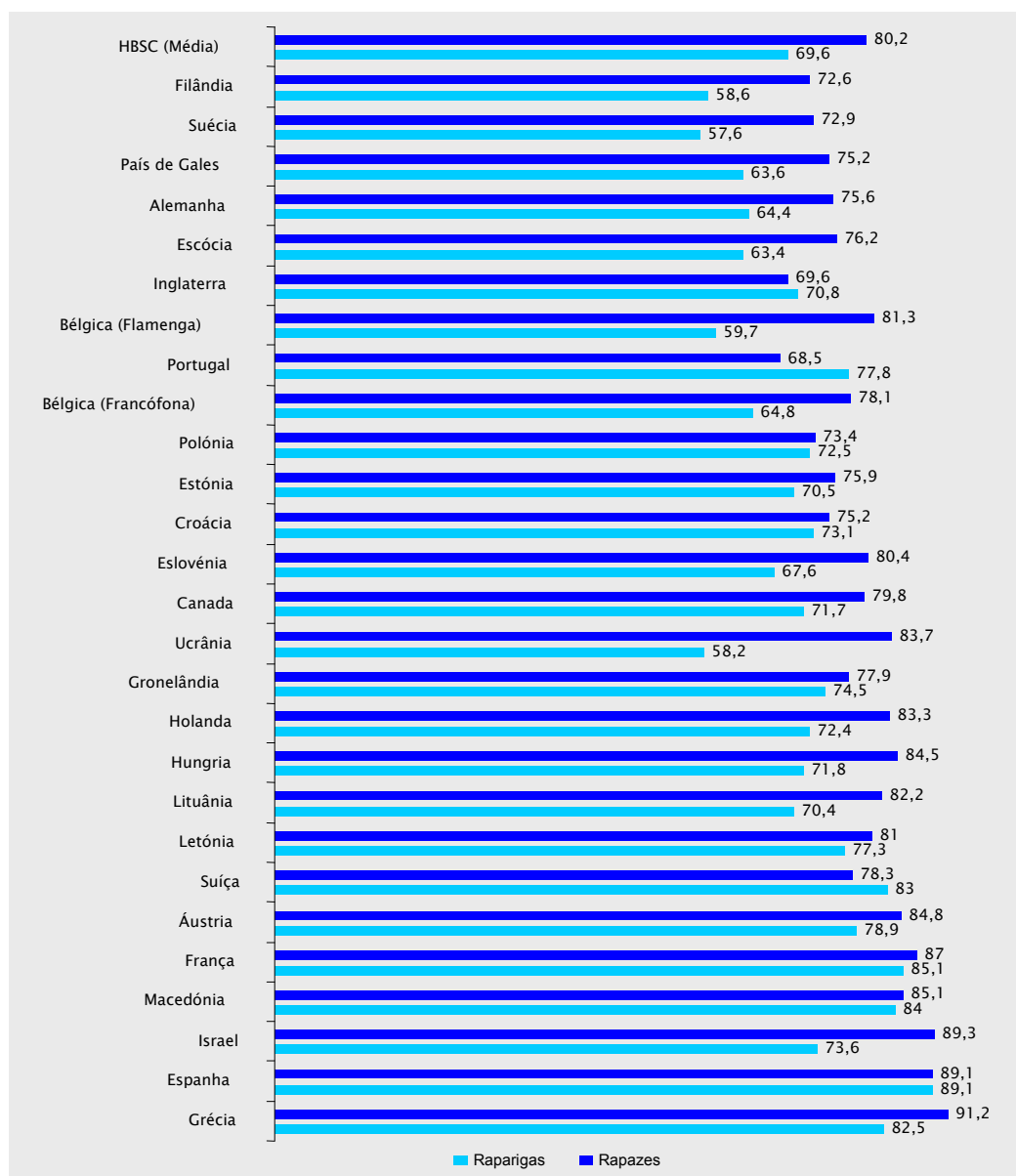
Figura 2.1. Início da actividade sexual (percentagem)



Fonte: Adaptado do estudo "Health Behaviour in School-aged Children" (Ross, Godeau, & Dias, 2004).

A Figura 2.2 indica que, dos jovens sexualmente activos, 80.2% dos rapazes e 69.6% das raparigas reportaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual, verificando-se que os rapazes portugueses foram os que menos responderam positivamente a esta questão (Ross, Godeau, & Dias, 2004).

Figura 2.2. Utilização do preservativo na última relação sexual (percentagem)



Fonte: Adaptado do estudo "Health Behaviour in School-aged Children" (Ross, Godeau, & Dias, 2004).

Dados do "Youth Risk Behavior Surveillance: 2003" (Centers for Disease Control and Prevention, 2004), revelam que, dos estudantes entre o 9º e o 12º ano, 46.7% já iniciou a actividade sexual, sendo que 7.4% teve a primeira relação sexual antes dos 13 anos de idade. Entre os jovens sexualmente activos, 68.8% dos rapazes e 57.4% das raparigas reportaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual. Dos jovens que já tinham iniciado a actividade sexual, 14.4% afirmou ter tido 4 ou mais parceiros sexuais na sua vida e 25.4% referiu ter consumido drogas

ou álcool antes de ter tido a última relação sexual (Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

No mesmo sentido vão os resultados encontrados em várias pesquisas que demonstram que uma larga percentagem de jovens inicia a vida sexual durante a adolescência, tem um uso inconsistente do preservativo, apresenta uma probabilidade elevada de ter múltiplos parceiros sexuais e de se envolver numa associação entre consumo de drogas ou álcool e relações sexuais desprotegidas (Aggleton et al., 2004; Garriguet, 2005). Estas evidências sublinham a necessidade e pertinência de desenvolver e implementar programas para os adolescentes que sejam efectivos na promoção da Saúde Sexual e prevenção VIH/SIDA (Schaalma et al., 2004).

Apesar do referido, várias investigações apontam no sentido de que muitos adolescentes adoptam comportamentos sexuais saudáveis e encontram estratégias eficientes de protecção contra a infecção pelo VIH/SIDA, dados que podem ser fundamentais no planeamento de intervenções adequadas e com sucesso (Fergus & Zimmerman, 2005; Ross, Godeau, Dias, Vignes, & Gross, 2004).

No contexto específico da prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes, observa-se que muitos dos projectos são baseados nas teorias sócio-cognitivas de mudança de comportamento (Pequegnat & Stover, 2000). Jemmott e Jemmott (2000) analisaram o impacto de 36 intervenções nesta área e concluíram que os programas fundamentados por modelos teóricos e bem planeados têm, efectivamente, contribuído para reduzir comportamentos de risco e promover práticas sexuais seguras nos adolescentes, resultados coincidentes com os encontrados por outros autores (Aarons et al., 2000; Rietmeijer, 2003; Talashek et al., 2003; WHO, 2003a).

No entanto, a avaliação de alguns programas com adolescentes demonstra não existir impacto das intervenções na actividade sexual nem na utilização de preservativos. Os resultados mistos que se encontram na literatura prendem-se, na maioria das vezes, com as características dos programas que ditam ou não a sua eficácia (Jemmott & Jemmott, 2000; Robin et al., 2004). Vários autores salientam que aspectos como a duração e intensidade dos programas, a experiência e competência dos moderadores das sessões, o desenvolvimento de competências cognitivas, comportamentais e sociais mais abrangentes e que sejam caracterizadas por uma multiplicidade de componentes são factores que contribuem para a eficácia dos programas (Buston, Wight, Hart, & Scott, 2002; Schaalma et al.,

2004; Wight & Abraham, 2000). Neste sentido, sublinha-se a importância de desenvolver uma avaliação rigorosa dos programas de forma a identificar os factores que produzem resultados positivos nos comportamentos sexuais dos jovens (Diaz et al., 2005; WHO, 2004b).

Mais recentemente, a pesquisa desenvolvida no sentido de identificar as características que tornam os programas de promoção da Saúde Sexual e prevenção de VIH eficazes salientam a necessidade de se ter em conta: o ambiente em que os jovens estão inseridos; a especificidade de género e do contexto sócio-cultural; a heterogeneidade dos adolescentes em termos de desenvolvimento, mas também em relação às suas opções na área da sexualidade; o estabelecimento de parcerias e forte colaboração entre diferentes sectores e níveis de intervenção: indivíduo, família, pares, comunidade, organismos governamentais e organizações não governamentais, sector privado e agências internacionais; a abrangência comunitária promovendo, simultaneamente o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e de planeamento familiar; e a participação dos adolescentes na definição de políticas e projectos a eles dirigidos na medida em que se garante a relevância das actividades face às necessidades dos jovens, o seu empenho face aos objectivos dos mesmos e o seu próprio desenvolvimento pessoal e social (Gentry, Gilliam, Holtgrave, & Sy, 2002; Paiva et al., 2002; Pequegnat & Stover, 2000; Rivers & Aggleton, 2001).

É cada vez mais consensual que a prevenção do VIH/SIDA e a promoção da Saúde Sexual em geral, deve ocorrer numa perspectiva de desenvolvimento de uma sexualidade e actividade sexual esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade da tomada de decisão por comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade de vida nos jovens. Os programas devem assim desenvolver ou fortalecer recursos pessoais no domínio social, afectivo ou cognitivo que permitam otimizar o funcionamento saudável e adaptado dos adolescentes (Gentry et al., 2002; Grunseit, Kippax, Aggleton, Baldo, & Slutkin, 1997). Por outro lado, a estabilidade dos comportamentos sexuais de risco sugere que as intervenções para serem mais efectivas devem começar antes dos comportamentos de risco se terem estabelecido e se tornarem difíceis de modificar (Rotheram-Borus, O'Keefe, Kracker, & Foo, 2000; UNESCO, 2003).

Várias organizações internacionais têm destacado a escola como contexto prioritário de intervenção para a promoção e educação para a saúde dos jovens, e

em particular para a prevenção do VIH/SIDA (UNESCO, 2003; WHO, 2003a). No entanto, a educação sexual e prevenção do VIH/SIDA nas escolas é uma temática bastante controversa. Um dos argumentos mais frequentemente avançado contra o envolvimento da escola em programas de educação sexual é o receio de que falar de sexualidade em contextos formais possa funcionar como mecanismo de incentivo a comportamentos sexuais precoces (Kirby, 2002a; Schaalma et al., 2004). Contudo, a literatura científica disponível sobre a avaliação de programas de educação sexual e prevenção do VIH/SIDA revela que as intervenções nesta área não encorajam a experimentação nem uma maior precocidade no início da actividade sexual nos adolescentes. Pelo contrário, existem evidências de que os programas bem planeados e adequados aos jovens contribuem para reduzir os comportamentos sexuais de risco e promover práticas sexuais seguras, como sejam o início mais tardio da vida sexual, a utilização consistente do preservativo e a redução do número de parceiros sexuais, o que, conseqüentemente, contribui para a diminuição das taxas de infecção pelo VIH/SIDA (Grunseit et al., 1997; Kirby, 2001; McElderry & Omar, 2003; Somers & Eaves, 2002).

A nível comunitário, os projectos de prevenção do VIH/SIDA são normalmente desenvolvidos em comunidades identificadas como apresentando uma maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA (DiClemente et al., 2004; Paiva et al., 2002). As principais estratégias consistem em utilizar metodologias participativas que promovam o processo de *empowerment* e a autonomia dos indivíduos, em mobilizar os líderes e membros da comunidade (redes de influência social) para os programas e em criar ambientes de suporte que encorajem a adopção de comportamentos sexuais saudáveis (DiClemente, 2001b; Wandersman & Florin, 2003; Weissberg et al., 2003). Apesar de estes projectos apresentarem resultados positivos e as políticas de saúde contemplarem estas abordagens, as intervenções comunitárias têm sido, de um modo geral, pontuais pois os insuficientes financiamentos não permitem a sua efectiva implementação (Rotheram-Borus, 2000).

Actualmente, a educação de pares é uma estratégia amplamente utilizada na prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Matos, Gonçalves, Dias, Gaspar, & Simões, 2003; UNFPA, 2003a). Investigações nesta área sugerem que os educadores de pares parecem ter maior aceitabilidade e facilidade para alcançar as populações de mais difícil acesso, para traduzir mensagens de educação para a saúde de forma a que sejam

culturalmente adequadas e para comunicar essas mensagens aos adolescentes na medida em que têm uma influência importante nas suas normas, atitudes e comportamentos (Caron, Godin, Otis, & Lambert, 2004). A educação de pares parece também ser mais efectiva do que a educação tradicional quando se lida com tópicos sensíveis, como a sexualidade, e em que estão envolvidos valores pessoais e culturais e questões emocionais (Ochieng, 2001; Pearlman, Finison, & Wallace, 2002).

Vários projectos na área da prevenção do VIH/SIDA em diferentes contextos que recorreram à estratégia de educação de pares demonstram resultados positivos, nomeadamente boa aceitabilidade por parte dos participantes, aumento da auto-estima, da confiança, do conhecimento acerca do VIH/SIDA e da adopção de comportamentos sexuais saudáveis, quer nos participantes, quer nos educadores de pares (Ayres, Freitas, Santos, Filho, & Júnior, 2003; Card, Benner, Shields, & Feinstein, 2001; Ebreo, Feist-Price, Siewe, & Zimmerman, 2002; Kennedy, Minuzo, Hoffman, Baume, & Strand, 2000; Ott, Evans, Halpern-Felsher, & Eyre, 2003). No entanto, é reconhecida a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o processo e o impacto da educação de pares como estratégia de intervenção na área da prevenção do VIH/SIDA (Campbell & MacPhail, 2002; Main, 2002).

Actualmente, os decisores políticos e os investigadores da área do planeamento de programas de promoção da Saúde Sexual e de prevenção do VIH/SIDA têm dado particular ênfase às questões relacionadas com a mudança estrutural e ambiental, na medida em que aumenta o reconhecimento de que as constricções sociais, económicas, culturais, políticas e de outros factores que estão fora do alcance dos indivíduos apresentam um forte impacto nos seus comportamentos sexuais (Aggleton et al., 2004; Reininger et al., 2005; Rivers & Aggleton, 2001).

Em Portugal, as questões da Saúde Sexual e Reprodutiva têm merecido uma crescente atenção com o reconhecimento de que os jovens constituem um dos grupos sujeitos a maiores riscos nesta área.

Nos últimos anos, a Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens tem sido objecto de medidas legislativas e políticas específicas - a Lei 3/84 "Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar", a Lei de Bases do Sistema Educativo, a Lei 120/99 e o DL 259/2000 - que reforçam as garantias do direito à Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens e contempla os pressupostos para a implementação de projectos na

área da promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e planeamento familiar.

A Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, ao considerar os jovens, um grupo especialmente vulnerável à infecção VIH/SIDA, tem proposto um conjunto alargado de estratégias de acção, estabelecendo como principais prioridades na área da prevenção: os programas escolares levados a cabo por professores previamente preparados; a produção de material preventivo específico; a parceria com as instituições educativas e sociais, visando reforçar o seu papel na área da promoção da saúde; e a parceria com jovens no apoio ao desenvolvimento de projectos assentes na metodologia “inter-pares” (CNLCS, 2003).

Apesar da tendência crescente para a implementação de projectos de qualidade que garantam a sustentabilidade e a intersectorialidade, constata-se que as acções na área da prevenção do VIH/SIDA têm sido maioritariamente caracterizadas por actividades desenvolvidas pelos programas de algumas estruturas centrais do Ministério da Educação, da Saúde, e em particular da CNLCS e por iniciativas pontuais a nível regional e local, que têm dependido da motivação individual de professores e profissionais de saúde, de algumas escolas e de organizações não governamentais.

O projecto “Educação sexual e promoção da saúde nas escolas - Um projecto experimental”, desenvolvido entre os anos lectivos de 1995/96 e 1997/98, da responsabilidade partilhada de vários organismos, assumiu particular relevo na medida em que constituiu uma experiência de uma estratégia intersectorial, articulada e avaliada, protagonizada essencialmente por escolas de todos os níveis de ensino (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000).

Apesar da crescente investigação científica na área da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes em Portugal, há um consenso, entre a comunidade científica e os órgãos de decisão na área da Saúde Sexual juvenil e em particular na luta contra a SIDA, de que os estudos sobre conhecimentos, atitudes, crenças e práticas são escassos, embora sejam considerados fundamentais para alcançar uma avaliação prévia da situação e para apoiar a formulação de políticas e projectos que possam contribuir para efectivos ganhos em saúde juvenil (Cláudio & Sousa, 2003; Cruz & Vilaça, 1996; Cruz et al., 1997; Ministério da Educação & Ministério da saúde, 2000; Roque, 2001; Vasconcelos, 1998). Realça-se ainda que as intervenções devem ser apoiadas por estudos acerca da dinâmica do

comportamento sexual nos jovens que são fundamentais para o desenvolvimento de novas formas de abordagem à redução do risco de infecção pelo VIH/SIDA.

CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM ECOLÓGICA NO ESTUDO DOS FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS

3.1 Abordagem ecológica

No âmbito das abordagens ecológicas, o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) é um dos mais reconhecidos na explicação das complexas influências dos vários contextos no comportamento humano. A sua principal premissa é que o comportamento resulta de interacções recíprocas entre o indivíduo e o meio ambiente que o rodeia. O modelo ecológico assume que o ambiente em que o indivíduo se insere não é uma dimensão unitária, mas, pelo contrário, resulta da combinação de vários níveis, dimensões e da interacção entre eles (Grzywacz & Fuqua, 2000; Henrich, Brookmeyer, Shrier, & Shahar, 2005).

Este modelo tem sido aplicado a várias áreas da saúde, tendo ganho especial reconhecimento na área da prevenção de problemas de comportamento na adolescência (Jacobson & Crockett, 2000), nomeadamente nos comportamentos sexuais de risco (DiClemente et al., 2005; Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001).

Concoran et al. (2000), tendo por base o modelo ecológico de Bronfenbrenner, contemplaram na análise dos comportamentos sexuais dos jovens vários níveis do contexto ecológico: o microssistema que incluía as variáveis individuais; o mesossistema que se referia aos contextos que afectam directamente o indivíduo (família, pares, escola, comunidade); e o macrossistema que diz respeito às crenças e valores vigentes que influenciam de forma indirecta o comportamento do indivíduo. Kotchick et al. (2001) também utilizaram uma abordagem ecológica no estudo dos comportamentos sexuais dos jovens, sintetizando os vários aspectos em três contextos: individual, familiar e extra-familiar, incluindo os pares, a escola e a comunidade, demonstrando a influência de cada um deles na actividade sexual dos jovens. Kirby (2002b), identificou, após uma revisão a mais de 250 estudos, os determinantes da actividade sexual e da utilização de contracepção e sugeriu que as características individuais, a família, os pares, a escola e a comunidade, bem como as relações entre estes vários contextos têm impacto nas práticas sexuais

dos jovens. Vários autores têm também procurado compreender, nos diferentes níveis considerados no modelo ecológico, quais os factores de protecção e de risco para os comportamentos sexuais relevantes para a prevenção do VIH/SIDA (Fergus & Zimmerman, 2005; Pantin, Schwartz, Sullivan, Prado, & Szapocznik, 2004). As evidências empíricas vão no sentido de que as intervenções preventivas e de promoção da saúde baseadas no modelo ecológico apresentam uma maior probabilidade de serem efectivas na melhoria do estado de saúde das populações e, em particular, na Saúde Sexual dos jovens (DiClemente et al., 2005; Grzywacz & Fuqua, 2000; Henrich et al., 2005).

Em seguida, tendo por base uma revisão da literatura realizada a vários estudos empíricos e teóricos nesta área, analisa-se a influência dos determinantes de nível individual, familiar, interpessoal, escolar e comunitário nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos jovens com relevância para a prevenção do VIH/SIDA.

3.2 Factores individuais

A investigação acerca do impacto dos factores individuais nos comportamentos sexuais dos jovens é extensa, verificando-se que os mais estudados incluem, entre outros, características biológicas, sócio-demográficas e da personalidade, competências pessoais e sociais, conhecimentos, atitudes e crenças acerca dos comportamentos sexuais, factores relacionados com a auto-eficácia, intenção e percepção do risco de infecção pelo VIH/SIDA.

As mudanças biológicas que ocorrem ao longo do desenvolvimento do adolescente têm impacto no comportamento sexual do jovem (Tremblay & Frigon, 2004). Na puberdade, as mudanças hormonais vão originar a intensificação dos impulsos sexuais, provocando um acréscimo de sensações e emoções. Vários estudos longitudinais e transversais têm sugerido que um desenvolvimento pubertário precoce poderá estar associado ao início da actividade sexual precoce (French & Dishion, 2003; Lam, Shi, Ho, Stewart, & Fan, 2002; Rosenthal et al., 2001; Wichstrom, 2001). No entanto, apesar da influência do desenvolvimento biofisiológico no comportamento sexual é consensual a sua inter-relação com os factores psicológicos e sócio-culturais (Johansson & Ritzen, 2005; McBride, Paikoff, & Holmbeck, 2003).

Os factores sócio-demográficos, como a idade, o género e a etnia, são importantes moderadores da relação entre os determinantes psicossociais e os comportamentos sexuais adoptados. A idade do início da actividade sexual assume uma particular importância na área da Saúde Pública na medida em que o início precoce da vida sexual tem sido associado ao uso inconsistente do preservativo e à multiplicidade de parceiros sexuais ao longo da vida, aspectos que podem implicar consequências na Saúde Sexual dos jovens, nomeadamente aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA e gravidez indesejada (Beal, Ausiello, & Perrin, 2001; Felton & Bartoces, 2002; Kaestle, Halpern, Miller, & Ford, 2005).

A nível individual, a idade de início das relações sexuais é também motivo de preocupação na medida em que os adolescentes que iniciam prematuramente a actividade sexual podem não ter adquirido o nível de desenvolvimento e a maturidade emocional necessários para lidar com um envolvimento sexual e relacionamento amoroso (Halpern et al., 2000; Paradise, Cote, Minsky, Lourenco, & Howland, 2001). Outro aspecto interessante a realçar relacionado com a idade é a constatação de que à medida que aumenta a idade dos jovens, aumenta também a probabilidade do envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Bachanas et al., 2002), sendo, no entanto, o processo subjacente a este facto ainda pouco compreendido (Li, Stanton, & Feigelman, 2000).

As diferenças étnicas nos comportamentos sexuais de risco são frequentemente assinaladas em vários estudos (Adam, McGuire, Walsh, Basta, & LeCroy, 2005; Connell, McKevitt, & Low, 2004; Hanson et al., 2003; Korte et al., 2004; Sinha, Jayakody, Curtis, Viner, & Roberts, 2005; Smith, 2003), encontrando-se padrões mais elevados de comportamentos sexuais de risco em subgrupos étnico-culturais diferenciados (Christopherson & Jordan-Marsh, 2004; Ford & Lepkowski, 2004; Howard & Wang, 2004; Kaplan & Cole, 2003; Locke, Newcomb, & Goodyear, 2005). Os estudos realizados em Portugal sugerem que os jovens de comunidades com origem africana, normalmente reportam início da actividade sexual mais cedo, envolvimento com vários parceiros sexuais, relações sexuais associadas a consumo de álcool e/ou drogas e fraca utilização de preservativo (Dias, Matos, & Gonçalves, 2001, 2002; Matos, Gonçalves, Gaspar et al, 2005; Ornelas & Maria, 2000). É contudo importante referir que a influência da etnia confunde-se frequentemente com a da classe social pois uma proporção significativa de elementos das minorias étnicas pertence a grupos com uma condição sócio-

económica mais baixa. Sendo assim, os factores que aumentam a vulnerabilidade ao VIH/SIDA nos grupos com desvantagens sócio-económicas afectarão também muitos dos elementos das minorias étnicas (Dias, Gonçalves, Luck, & Fernandes, 2004; Gonçalves, Dias, Luck, Fernandes, & Cabral, 2003).

As questões de género introduzem diferenças em vários aspectos relacionados com a sexualidade, nomeadamente diferentes percepções e razões para iniciar a actividade sexual (Bender & Kosunen, 2005; Cláudio & Sousa, 2003; Ramirez-Valles, Zimmerman, & Juarez, 2002). As raparigas relacionam, mais frequentemente, as relações sexuais com aspectos emocionais e tendem a justificar as suas experiências sexuais com razões como o amor pelo parceiro, a intimidade emocional, o compromisso e o relacionamento estável, enquanto que os rapazes associam mais frequentemente a actividade sexual ao prazer físico (Hoppe et al., 2004; Ozer, Dolcini, & Harper, 2003).

De acordo com as normas associadas aos papéis de género é esperado que os rapazes iniciem a actividade mais cedo do que as raparigas, encontrando-se, muitas vezes, nos jovens a percepção de que o ser sexualmente activo é a norma nos rapazes enquanto que a abstinência sexual é mais valorizada nas raparigas (Ahlberg, Jylkas, & Krantz, 2001; Prazeres, 2003). O contexto em que ocorrem as relações sexuais varia consoante o género, apresentando os adolescentes do sexo masculino maior probabilidade de referir que as relações sexuais foram casuais e menor probabilidade de referir que se sentem arrependidos ou culpados relativamente a uma experiência sexual (Hansen, Mann, McMahon, & Wong, 2004). Várias investigações têm demonstrado que os jovens apresentam para as raparigas valores menos permissivos em relação à actividade sexual, reportam menor pressão dos pares para iniciar a actividade sexual e mais apoio para adiar o seu início e, em contrapartida, apresentam para os rapazes valores mais permissivos em relação à actividade sexual e antecipam maior pressão dos pares para o seu início (Nahom et al., 2001; Paradise et al., 2001).

Kirmam et al. (1998) num estudo realizado a jovens utilizando a metodologia qualitativa “grupos focais”, referem a existência de um grupo de participantes que coloca em causa a visão mais tradicionalista dos papéis de género, afirmando que esta visão não corresponde nem contempla todos os significados que os jovens atribuem aos comportamentos sexuais. Neste sentido, vários autores sugerem que no desenvolvimento de intervenções é necessário ultrapassar a visão mais

tradicionalista dos papéis de género de forma a responder à diversidade de motivações para a actividade sexual nos adolescentes de ambos os sexos (Jackson & Cram, 2003; Rosengard, Adler, Millstein, Gurvey, & Ellen, 2004).

Vários estudos demonstram que as raparigas iniciam a vida sexual mais tarde, reportam menor frequência de relações sexuais e menor número de parceiros sexuais do que os rapazes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Hacker, Amare, Strunk, & Horst, 2000; Santelli, Lindberg, Abma, McNeely, & Resnick, 2000). Dados do estudo internacional “Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)” indicam que em vários países da Europa, nomeadamente países nórdicos, não se verifica o padrão mais tradicional, enquanto que este padrão se mantém nos considerados países do sul da Europa, incluindo Portugal (Ross, Godeau, & Dias, 2004).

Quanto ao uso do preservativo, as raparigas tendem a apresentar atitudes mais positivas em relação à sua utilização e percepção de mais consequências negativas associadas à actividade sexual desprotegida (Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000). No entanto, apesar das raparigas reportarem maior intenção de utilizar o preservativo, apresentam menor probabilidade de actuar conforme as suas intenções, o que consequentemente leva a que se verifique que sejam os rapazes quem normalmente apresenta maior frequência de utilização (Kann et al., 2000; Tapia-Aguirre et al., 2004). Em relação ao conhecimento sobre as formas de transmissão de VIH/SIDA são as raparigas que apresentam um maior conhecimento (Langille, Andreou, Beazley, & Delaney, 1998; Matos, Battistutta et al., 2003; Trani, Gnisci, Nobile, & Angelillo, 2005).

As características da personalidade assumem importância na compreensão das razões subjacentes à adopção de uma variedade de comportamentos comprometedores para a saúde, nomeadamente na actividade sexual precoce e nas relações sexuais desprotegidas (Concoran, 2000; Klein, Elifson, & Sterk, 2003; Mandara, Murray, & Bangi, 2003; Oxley, 2001). As investigações que se têm debruçado sobre a relação entre a auto-estima e a actividade sexual não têm sido conclusivas, pois existem estudos que não encontram associação entre estas variáveis (McGee & Williams, 2000; Sionean et al., 2002), enquanto que outros sugerem que baixos níveis de auto-estima estão relacionados com os comportamentos sexuais de risco (Connor, Poyrazli, Ferrer-Wreder, & Grahame, 2004; Salazar et al., 2005; Spencer, Zimet, Aalsma, & Orr, 2002; Steenbeek, 2004;

Taylor-Seehafer & Rew, 2000; Tigges, 2001; Wild, Flisher, Bhana, & Lombard, 2004). Os sintomas depressivos têm também sido referenciados por alguns autores como estando associados a um início precoce da actividade sexual nas jovens (Hacker et al., 2000; Kaltiala-Heino, Kosunen, & Rimpela, 2003; Oxley, 2001).

Apesar do conhecimento dos modos de transmissão do VIH e das formas de prevenção apresentar uma inconsistente influência na produção de julgamentos sobre o risco pessoal de infecção e na adopção de medidas a nível comportamental (Crosby et al., 2003; James, Reddy, Taylor, & Jinabhai, 2004; Tremblay & Frigon, 2004), este tem sido considerado como um pré-requisito importante na mudança para comportamentos de saúde, nomeadamente na área da Saúde Sexual (Hansen et al., 2004; Kalichman et al., 2002; London & Robles, 2000). Um elevado nível de conhecimento dos modos de transmissão do vírus parece também estar associado a atitude mais positiva face aos portadores de VIH/SIDA (Matos, Battistutta et al., 2003).

Os modelos sócio-cognitivos de mudança de comportamentos de saúde aplicados ao contexto da prevenção do VIH/SIDA têm centrado o estudo nos factores de nível individual, como atitudes, crenças, intenções, auto-eficácia e percepção do risco à infecção, entre outros, na compreensão do processo de tomada de decisão em relação aos comportamentos sexuais.

A influência das atitudes na actividade sexual, na adopção de comportamentos sexuais saudáveis e, em particular, na utilização do preservativo tem merecido o interesse de vários autores (Maticka-Tyndale, Herold, & Oppermann, 2003; Santelli et al., 2004). Evidências empíricas mostram que os adolescentes com atitudes permissivas em relação aos comportamentos sexuais apresentam maior probabilidade de iniciar as relações sexuais, enquanto que as atitudes negativas em relação à actividade sexual parecem estar associadas com a abstinência sexual (Rosengard et al., 2004; Sather & Zinn, 2002; Stallworth et al., 2004).

Os jovens parecem continuar a apresentar atitudes e crenças negativas em relação à utilização do preservativo, apontando razões como ineficácia, diminuição da sensibilidade, do prazer e da espontaneidade da relação, sentimentos de desconforto e embaraço na utilização e aquisição do preservativo, pouca acessibilidade aos preservativos, consequências interpessoais negativas, como a percepção de desconfiança face ao parceiro ou a possível ameaça de ruptura na

relação (Parsons et al., 2000). Estes dados são importantes numa perspectiva de prevenção do VIH/SIDA pois parece haver suporte científico que demonstra que as barreiras percebidas em relação ao uso do preservativo predizem a sua menor utilização (Crosby, Salazar, & Diclemente, 2004; Morrison-Beedy, Carey, & Aronowitz, 2003).

Um estudo de Basen-Engquist et al. (1999), realizado a jovens de escolas secundárias, sugere que os adolescentes que apresentam atitudes positivas em relação à utilização do preservativo tendem a demonstrar um uso consistente do preservativo nas relações sexuais. Apesar de um conjunto de investigações demonstrar que as atitudes positivas estão associadas a uma maior intenção de utilizar o preservativo (Forehand et al., 2005; Kinsler, Sneed, & Morisky, 2003), outras apontam para resultados pouco esclarecedores em relação à associação entre atitudes, intenção e comportamento, sugerindo que as atitudes positivas e a intenção podem não ser suficientes para predizer a adopção de medidas preventivas (Johnson, McCaul, & Klein, 2002).

No processo de tomada de decisão, os adolescentes questionam os potenciais riscos inerentes ao envolvimento em comportamentos sexuais, existindo estudos que demonstram que a percepção de custos elevados está associada com uma menor intenção e probabilidade de ter relações sexuais (Porter et al., 1999; Romer & Stanton, 2003). No entanto, evidências empíricas sugerem que os adolescentes tomam também em consideração os riscos que advêm do não envolvimento em comportamentos sexuais, sugerindo que a percepção de consequências negativas subjacentes a essa alternativa pode ter um papel fundamental na tomada de decisão acerca dos comportamentos sexuais a adoptar (Moore & Parsons, 2000).

Por outro lado, os jovens tendem a ser mais influenciados pelas consequências positivas imediatas da actividade sexual do que pelas consequências negativas que a longo prazo podem ocorrer, nomeadamente a aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis, a infecção pelo VIH/SIDA e a gravidez indesejada (Nangle & Hansen, 1998; Villarruel, Jemmott, Jemmott, & Ronis, 2004). Os jovens que percebem ter benefícios pessoais e sociais e poucos custos associados a ter relações sexuais apresentam maior intenção e probabilidade de iniciar a actividade sexual (Kirby, 2002b). Em vários estudos, as relações românticas são descritas pelos adolescentes como uma forma de demonstrar sentimentos como paixão e amor, obter prazer físico e estabelecer relações de intimidade emocional e de

companheirismo (Joyner & Udry, 2000). Os adolescentes referem ainda iniciar relações amorosas por razões simbólicas ou funcionais, como elevar o seu estatuto no seu grupo de pares, expressar a sua maturidade e individualizar-se dos seus pais (Joyner & Udry, 2000; Neinstein & Anderson, 2002).

Também em relação à tomada de decisão do uso ou não de preservativo parece que a percepção de benefícios ou consequências positivas da actividade sexual desprotegida exerce uma influência mais forte do que os custos subjacentes a essa opção. Por outro lado, é possível que os adolescentes se centrem mais nas vantagens da não utilização do preservativo do que nos benefícios da alternativa segura (Parsons et al., 2000).

Investigadores sugerem que a intenção de usar o preservativo está menos relacionada com as crenças em relação ao grau em que o preservativo previne a infecção pelo VIH/SIDA do que com as crenças em relação ao grau de facilidade e conforto em usar o preservativo, às atitudes e reacções dos parceiros e pares, entre outras (Bowleg, 2004). Crosby et al (2004) referem que, no contexto de um encontro sexual, os jovens apesar de considerarem os preservativos como uma estratégia eficaz, preferem não abordar a questão da utilização do preservativo com receio de inibir a espontaneidade e diminuir as hipóteses de ocorrência da relação sexual. Os adolescentes podem assim encarar o uso do preservativo como uma barreira na obtenção dos benefícios da actividade sexual, o que diminui a intenção e probabilidade de este ser utilizado (Parsons et al., 2000).

Outro aspecto que pode em parte explicar a inconsistência na relação entre a intenção comportamental e o actual comportamento é a evidência encontrada em várias investigações da influência do parceiro nas atitudes e comportamentos sexuais do jovem (Dilorio, Dudley, Soet, Watkins, & Maibach, 2000; Zimmer-Gembeck et al., 2004).

A auto-eficácia tem sido identificada como um factor importante para a prática sexual saudável (Horowitz, 2003; Zak-Place & Stern, 2004). Este conceito é entendido como a confiança que cada indivíduo percepção possuir para desempenhar determinada acção, podendo influenciar o grau de motivação para a mudança de comportamentos (Bandura, 1999). O controlo percebido tem sido outra componente utilizada na compreensão dos mecanismos que levam à tomada de decisão sobre os comportamentos sexuais. Embora não exista consenso no que se

refere à definição de controlo percebido e que aspectos lhe estão subjacentes, pode-se considerar que, de um modo geral, envolve a percepção de auto-eficácia (ser capaz de adoptar determinado comportamento) e a percepção de que a resposta (o comportamento adoptado) tem eficácia. Vários estudos têm demonstrado que a auto-eficácia e o controlo percebido parecem predizer a intenção e a utilização do preservativo (Kang, Deren, Andia, Colon, & Robles, 2004; Park, Sneed, Morisky, Alvear, & Hearst, 2002; Villarruel et al., 2004), no entanto, outros não encontram suporte empírico para esta associação (Crosby et al., 2003).

A revisão de literatura revela que atitudes, normas, intenções, auto-eficácia e controlo percebido são conceitos multi-factoriais e a sua influência nos comportamentos sexuais varia de acordo com a idade, o género e a etnia, entre outros factores (Albarracín, Kumkale, & Johnson, 2004; Jaccard, Dodge, & Dittus, 2002; Smith, 2003).

A percepção do grau de vulnerabilidade face à infecção pelo VIH/SIDA é outro dos factores individuais que tem merecido interesse científico. Inúmeras investigações sugerem que os jovens tendem a considerar-se invulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA e a perceber os seus pares como estando em maior risco de infecção do que eles próprios (Hoppe et al., 2004; Johnson et al., 2002). Weinstein (1980) denominou por “optimismo irrealista” a tendência que os adolescentes apresentam de considerar apenas as consequências positivas dos acontecimentos e acreditar que eles estão menos vulneráveis ao risco do que os pares. Este fenómeno tem sido estudado no contexto da percepção do risco de infecção pelo VIH/SIDA, embora os resultados sejam pouco conclusivos (Chapin, 2000a).

Evidências empíricas salientam que os jovens tendem a subestimar o risco de infecção pelo VIH/SIDA na medida em que, apesar de adoptarem comportamentos sexuais de risco, reportam a percepção de baixos níveis de vulnerabilidade à infecção (Bettinger, Adler, Curriero, & Ellen, 2004; Klein et al., 2003). Os adolescentes recorrem frequentemente a estratégias de negação do risco pessoal através de vários processos cognitivos e mecanismos de defesa (Ben-Zur, 2003; Cerwonka, Isbell, & Hansen, 2000; Kershaw, Ethier, Niccolai, Lewis, & Ickovics, 2003).

A percepção de invulnerabilidade pode também estar relacionada com a protecção imaginária derivada de um sentimento de pertença a uma determinada comunidade

e por uma identidade construída em torno de um grupo social particular, em que as pessoas atribuem características e acções a esse grupo que os exclui dos grupos que mentalmente associam à infecção (Goodwin, Kozlova, Nizharadze, & Polyakova, 2004). Assim, muitas vezes a percepção de protecção social é conseguida pela restrição dos relacionamentos ao interior de um grupo limitado e pelo evitar o envolvimento com indivíduos que são categorizados como “socialmente não desejáveis” (prostitutas, homossexuais, toxicodependentes, pessoas com múltiplos parceiros sexuais). Por outro lado, muitos jovens acreditam que conseguem detectar com base na avaliação da aparência ou estilo de vida do parceiro se este representa ou não risco de infecção e assim eliminar a probabilidade de se relacionarem com possíveis portadores de VIH/SIDA. Assim sendo, os indivíduos não adoptam medidas de protecção pois acreditam que os seus parceiros não estão infectados pelo VIH/SIDA, mesmo sem nenhuma evidência médica (Paicheler, 1999).

Vários estudos sugerem que os factores mais utilizados pelos indivíduos para avaliar a necessidade ou não de protecção incluem informação relevante, como o estatuto serológico do parceiro, mas também dados irrelevantes, como o grau de conhecimento do parceiro e os níveis de compromisso, confiança, intimidade e amor da relação que estabelecem. Estes últimos, utilizados para avaliar o nível de risco de infecção pelo VIH/SIDA de um potencial parceiro sexual, interferem negativamente com a adopção de estratégias de prevenção eficazes, resultando muitas vezes, em comportamentos sexuais de risco e consequentemente na aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo VIH/SIDA (Foreman, 2003; Niccolai, Ethier, Kershaw, Lewis, & Ickovics, 2003).

Os adolescentes tendem a considerar que o facto de terem relações sexuais no contexto de uma relação amorosa, estável e de confiança, os coloca numa posição de pouco risco face à infecção pelo VIH/SIDA (Comer & Nemeroff, 2000; Zwane et al., 2004). No entanto, os jovens que têm relações sexuais desprotegidas numa relação monogâmica podem estar em risco não pelo seu comportamento, mas pelo comportamento de risco que o seu parceiro poderá adoptar (Crosby et al., 2000; Newman & Zimmerman, 2000). Por outro lado, os jovens caracterizam-se por estabelecer, num período relativamente curto, várias relações monogâmicas, o que leva a que a relação monogâmica como estratégia de prevenção do VIH/SIDA seja pouco eficaz e os coloque em risco. Torna-se necessário consciencializar os adolescentes que a “monogamia em série” se torna semelhante a relações

desprotegidas com múltiplos parceiros quando se fala em comportamentos de risco de infecção pelo VIH/SIDA (Kraut-Becher & Aral, 2003).

As crenças incorrectas acerca de determinados modos de transmissão do VIH tendem a estar associadas com a percepção de um elevado grau de vulnerabilidade à infecção (London & Robles, 2000). Hardeman et al. (1997) referem que alguns jovens sobre-avaliam o risco de serem infectados, associando o risco a situações “impossíveis” de evitar. Esta situação traduz-se muitas vezes em sentimentos de fatalismo que poderão contribuir para diminuir a motivação para reduzir eficazmente o risco de contrair o VIH (Hardeman, Pierro, & Mannetti, 1997). No mesmo sentido, vários estudos demonstram que uma percepção elevada de vulnerabilidade não conduz necessariamente a uma alteração no comportamento (Park et al., 2002; Zak-Place & Stern, 2004). Pelo contrário, observa-se frequentemente que os jovens estão conscientes de que os comportamentos adoptados são de risco, mas continuam a praticar esses comportamentos pois não acreditam que eles possam estar pessoalmente em risco ou preferem ignorar esse risco, atribuindo mais importância a outras consequências inerentes a esses comportamentos (Kershaw et al., 2003).

Uma revisão de literatura sobre a relação entre o comportamento sexual e a percepção da vulnerabilidade ao vírus do VIH/SIDA sugere pouco suporte à teoria que sustenta que a percepção da vulnerabilidade ao VIH motiva a adopção de comportamentos sexuais seguros, embora alguns estudos demonstrem existir essa associação (Baume, 2000; Cerwonka et al., 2000). A causa da discrepância entre o conhecimento, a percepção de vulnerabilidade e o comportamento é multi-factorial, com a influência de factores individuais, mas também sociais e estruturais (Park et al., 2002).

Outro aspecto relevante a salientar é que os jovens tendem a apresentar maior preocupação com o risco de uma possível gravidez do que com o risco de infecção pelo VIH/SIDA e a justificar a utilização do preservativo mais para a prevenção da gravidez do que para a prevenção da SIDA (Johnson et al., 2002; Whaley, 2000). Esta questão é importante na medida em que a utilização de métodos contraceptivos pode funcionar como uma barreira à utilização do preservativo (Royce & Seals, 2001; Wulff & Lalos, 2004).

Na motivação inicial para a mudança de comportamento, os adolescentes necessitam de ter conhecimentos acerca do VIH/SIDA e de se perceberem em risco, mas também de sentir que são capazes de alterar o seu comportamento e que possuem competências para implementar essa mudança de forma eficaz. Adotar comportamentos sexuais saudáveis requer assim capacidade para recusar relações sexuais indesejadas, capacidade para lidar com situações de pressão ou coacção para se envolver em práticas sexuais de risco, competências comunicacionais sobre as questões sexuais, competências de negociação e de utilização do preservativo, pensamento probabilístico, capacidades cognitivas de resolução de problemas, de avaliação de alternativas e de planeamento de um acontecimento futuro (Fishbein & Pequegnat, 2000; Lindemann & Brigham, 2003; Sionean et al., 2002).

Várias investigações têm demonstrado que um défice de competências aumenta a probabilidade dos adolescentes se envolverem em comportamentos sexuais de risco (Dilorio et al., 2001; Murphy, Stein, Schlenger, & Maibach, 2001). O início precoce da actividade sexual aumenta a probabilidade de os adolescentes serem cognitivamente imaturos, apresentando menor capacidade para tomar decisões, menos competências sociais e relacionais e menor capacidade para compreender as potenciais consequências negativas a longo prazo de ter relações sexuais desprotegidas (Felton & Bartoces, 2002; McBride et al., 2003; Pettifor, van der Straten, Dunbar, Shiboski, & Padian, 2004).

Apesar das evidências empíricas que demonstram que os programas de desenvolvimento de competências parecem ser uma estratégia de sucesso na promoção de comportamentos sexuais saudáveis nos jovens (Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2005; Magnani et al., 2005), pouca investigação tem sido realizada sobre a forma como as competências cognitivas, comportamentais e sociais influenciam o processo de tomada de decisão e adopção de comportamentos sexuais (Halpern et al., 2000).

Embora os estudos sobre a influência dos factores de nível individual nos comportamentos sexuais na adolescência sejam numerosos, a literatura científica evidencia um aumento das investigações que colocam, simultaneamente, a ênfase na compreensão do impacto do contexto nesses comportamentos.

3.3 Factores familiares

A família tem um papel fundamental na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores e, de um modo geral, no desenvolvimento global e bem-estar do adolescente. Recentemente tem crescido o interesse em compreender o impacto que o ambiente familiar assume na adopção e manutenção de comportamentos protectores ou de risco para a saúde dos adolescentes, e, mais especificamente, para a Saúde Sexual (Kington & Sullivan, 2001; Magnani et al., 2005; Roche, Mekos et al., 2005).

As características familiares (como a composição e estrutura familiar, o nível de escolaridade e de educação e o estatuto socio-económico), o envolvimento e a qualidade da relação familiar, a supervisão parental, os estilos parentais, a comunicação entre pais e filhos e as atitudes e valores parentais em relação aos comportamentos sexuais têm sido identificados como factores que influenciam as atitudes e comportamentos sexuais protectores ou de risco para a saúde dos jovens (Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003; Rose et al., 2005; Santelli, Lowry, Brener, & Robin, 2000).

Um estudo realizado por McNeely et al. (2002) demonstrou que os adolescentes cujas mães apresentam elevados níveis de educação tinham menor probabilidade de iniciar prematuramente a vida sexual (McNeely, Shew et al., 2002). Diversos autores sugerem que um grau superior de educação dos pais poderá resultar em níveis mais elevados de auto-estima, de competências sociais e relacionais e de expectativas educacionais futuras nos seus filhos, aspectos que estão relacionados positivamente com o início mais tardio da vida sexual (Mandara et al., 2003; Rosenthal et al., 2001).

Estudos empíricos demonstram também que os adolescentes de famílias monoparentais e reconstruídas tendem a se tornar sexualmente activos em idades mais precoces do que os jovens que provêm de famílias biparentais, sendo que esta associação se mantém mesmo quando a classe social, a etnia, a idade e a religião são controladas (Dei et al., 2004; Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000; Talashek et al., 2003).

A influência parental nos comportamentos sexuais dos jovens depende em larga medida da qualidade da relação que os pais estabelecem com os seus filhos

(Meschke et al., 2002). Um estudo realizado por Dittus e Jaccard (2000) a 10000 jovens que se encontravam entre o 7º e o 11º ano de escolaridade mostrou que a percepção de relação positiva entre pais e filhos estava associada a uma menor probabilidade dos jovens iniciarem a actividade sexual e a uma maior probabilidade de usar contraceptivos numa possível relação sexual. Uma vasta literatura tem sugerido que o envolvimento da família e o seu apoio são factores protectores em relação aos comportamentos sexuais (Huebner & Howell, 2003; Parera & Suris, 2004), enquanto que o mau ambiente familiar e as relações conflituosas entre pais e filhos parecem ter consequências ao nível do mau estar no adolescente, como seja, o aparecimento de sintomas depressivos e baixa auto-estima, e estar relacionados com uma maior probabilidade dos adolescentes se envolverem em comportamentos sexuais de risco (Crosnoe et al., 2002).

A percepção por parte dos adolescentes de baixos níveis de supervisão parental tende a promover uma maior participação em comportamentos de risco (French & Dishion, 2003; Jacobson & Crockett, 2000). Um estudo desenvolvido por DiClemente et al. (2001a) numa amostra de adolescentes de estatuto socio-económico baixo demonstrou que as adolescentes que percepcionavam um menor controlo parental apresentavam menor utilização do preservativo na última relação sexual, maior número de parceiros sexuais e maior prevalência de IST's, o que aumenta o risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Em contrapartida, a percepção de uma supervisão parental adequada, sendo um dos aspectos importantes a informação que os pais possuem em relação ao desempenho escolar dos seus filhos, às suas actividades extra-curriculares e aos seus amigos, tende a promover comportamentos sexuais mais saudáveis, em particular o início mais tardio das relações sexuais e a redução de comportamentos sexuais de risco nos adolescentes sexualmente activos (Jones, Forenhand, Brody, & Armistead, 2003; Kingon & Sullivan, 2001; Mandara et al., 2003). A supervisão parental, ao contribuir também para diminuir as oportunidades de relacionamento com grupos de pares desviantes, reduz a probabilidade do envolvimento em situações de risco, nomeadamente na área da Saúde Sexual (Li, Stanton et al., 2000).

Vários autores salientam, no entanto, que é necessário ter em atenção os métodos utilizados pelos pais para alcançar essa supervisão ou controlo parental na medida em que uma supervisão com regras excessivas parece ser um factor que pode

contribuir para a ocorrência de comportamentos de risco. (Huebner & Howell, 2003; Rodgers, 1999). Stattin e Kerr (2000) realçam também o papel importante dos próprios adolescentes, referindo que a supervisão parental apenas pode ser efectiva se estes forem parte activa desse processo.

As investigações apontam no sentido de que estilos parentais demasiado autoritários acentuam a clivagem entre pais e filhos e levam a que os jovens experimentem uma ausência ou redução das oportunidades para a autonomia, para a participação nas tomadas de decisão e para as experiências de socialização com os pares, e, conseqüentemente, coloca-os em maior risco de sofrerem conseqüências negativas quando comparados com aqueles que têm essas oportunidades (Steinberg & Morris, 2001). Por outro lado, os estilos parentais demasiado permissivos ou negligentes, onde o controlo parental é reduzido, podem dar ao adolescente a percepção de que não existem limites e conduzir a sentimentos de insegurança quanto aos comportamentos e atitudes a tomar nas várias situações. Qualquer dos estilos parentais extremos pode traduzir-se em dificuldades acrescidas para o jovem ao nível da auto-estima, do auto-controlo, da resolução de conflitos, da resistência à pressão dos pares, podendo contribuir para o surgimento de comportamentos sexuais de risco (Li, Stanton et al., 2000; Upchurch, Aneshensel, Sucoff, & Levy-Storms, 1999). Em contrapartida, um estilo democrático num contexto de uma supervisão parental (ambientes em que os pais se interessam pela vida dos filhos e discutem com eles as decisões a tomar) tende a promover a autonomia, a confiança, a competência social e psicológica, o pensamento moral e a maturidade e parece estar associado ao bem-estar nos jovens, ao bom desempenho académico e a um menor envolvimento em comportamentos de risco (Carlson, Uppal, & Prosser, 2000; Feldman & Rosenthal, 2000; Jaccard et al., 2002; Jones et al., 2003; Simons-Morton & Hartos, 2002).

Meschke et al. (2002) referem que a qualidade da relação familiar é importante como uma parte necessária para uma comunicação efectiva. Uma comunicação positiva entre pais e filhos sobre sexualidade que proporcione suporte emocional e um sentimento de apoio parece ser um factor protector, contribuindo para o início da actividade sexual mais tardio e para atitudes e comportamentos sexuais mais responsáveis, incluindo a comunicação positiva com o parceiro e a auto-eficácia na adopção de medidas preventivas (Karofsky, Zeng, & Kosorok, 2001; Kotchick et al., 2001; S. McKay, 2003). Vários autores argumentam que os estudos que não encontram suporte empírico para esta associação caracterizam-se,

frequentemente, por serem pouco delineados metodologicamente ou por definir comunicação parental de uma forma demasiadamente simplista (Jaccard & Dittus, 2000; Whitaker & Miller, 2000).

A relutância de alguns pais em conversar com os filhos sobre sexualidade e uso do preservativo poderá estar associada ao seu receio de que este diálogo possa ser interpretado pelos filhos como um sinal de encorajamento à actividade sexual (Jaccard, Dittus, & Gordon, 2000; Tapia-Aguirre et al., 2004). Contudo, a literatura sugere que o facto de os adolescentes não dialogarem sobre sexualidade com os seus pais pode fazer com que os adolescentes não estejam preparados para estabelecer um diálogo significativo com os pares e com os parceiros sobre questões sexuais (Miller, Levin, Whitaker, & Xu, 1998; Sionean et al., 2002).

A barreira que frequentemente existe na comunicação entre pais e filhos sobre as questões sexuais pode ser também compreendida pelo facto dos pais poderem não estar certos das informações que possuem e sentirem dificuldade ou desconforto para discutir temáticas relacionadas com a sexualidade (Hansen et al., 2004; Meschke et al., 2002; Park et al., 2002; Woollett, Marshall, & Stenner, 1998). Os pais que percebem possuir conhecimentos e competências comunicacionais tendem a apresentar uma maior probabilidade de conversar com os seus filhos (Dilorio, Resnicow et al., 2000).

Investigações sugerem que a comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade apresenta também, de forma indirecta, resultados positivos pois quando existe uma relação pouco próxima e um diálogo insatisfatório com os pais, assiste-se, normalmente, a um aumento da influência dos pares nas questões sexuais (Jaccard, Blanton, & Dodge, 2005; Meschke et al., 2002). Um estudo realizado por Whitaker e Miller (2000) analisou o impacto da comunicação parental acerca das questões sexuais no comportamento sexual nos jovens (início da actividade sexual e uso do preservativo) e a forma como essa comunicação interagia com as normas dos pares acerca dos mesmos temas. Os resultados sugerem que a comunicação entre pais e filhos está associada a menos comportamentos sexuais de risco, maior conformidade com os valores parentais e maior crença de que os pais são uma fonte credível de informação. Parece ainda desenvolver competências para tomar decisões no que respeita às relações sexuais, o que leva a que os adolescentes se sintam mais capazes de decidir por si e actuem menos como resposta à pressão dos pares para ter relações sexuais ou ter relações sexuais desprotegidas.

Neste sentido, as normas dos pares acerca da sexualidade e do preservativo parecem estar mais relacionadas com o comportamento sexual dos adolescentes que não comunicam com os seus pais do que aqueles que o fazem. O que pode acontecer é que os adolescentes que não conversam com os seus pais tendem a dialogar mais com os pares, a recorrer a eles quando têm dúvidas ou problemas, e a guiar o seu comportamento sexual mais pelas normas do grupo, que normalmente estão mais associadas à iniciação sexual e a “valores mais liberais” em relação às questões sexuais (Dilorio, Kelly, & Hockenberry-Eaton, 1999; Jaccard et al., 2005; Lederman, Chan, & Roberts-Gray, 2004; Whitaker & Miller, 2000).

Alguns estudos demonstram ainda que a comunicação entre pais e filhos pode também ter efeitos positivos em aspectos que vão indirectamente influenciar a actividade sexual, nomeadamente na comunicação entre parceiros sexuais, no conhecimento e atitudes face ao VIH/SIDA e nas intenções e valores relacionados com a abstinência sexual (Crosby, DiClemente et al., 2002; Whitaker, Miller, May, & Levin, 1999).

Os valores parentais que desaprovam as relações sexuais na adolescência podem contribuir para o início da actividade sexual mais tardio, menor frequência de relações, menor número de parceiros sexuais, uso mais consistente de preservativos e menor ocorrência de gravidez na adolescência (Kirby, 2001; Meschke et al., 2002). A religião desempenha também um papel importante na socialização da família, particularmente nos valores e atitudes relativos às questões sexuais (Jones, Darroch, & Singh, 2005).

No entanto, é necessário ter precaução com a estratégia de criar uma ideia de restrição e desaprovação acerca da actividade sexual pois embora possa resultar com alguns adolescentes, pode, com outros, limitar as oportunidades de comunicação entre pais e filhos. Provavelmente, o mais importante é capacitar os jovens com competências para tomar decisões com base em escolhas saudáveis (Moore & Rosenthal, 1991).

O impacto dos processos parentais nos comportamentos sexuais depende, contudo, de vários factores sócio-demográficos, como a idade, o género, a etnia, entre outros (Jones, Purcell et al., 2005; Rosenthal, Senserrick, & Feldman, 2001). Em relação à idade, os resultados empíricos indicam que os adolescentes mais

velhos tendem a reportar um menor controlo parental do que os adolescentes mais novos (Mandara et al., 2003).

O género é também uma variável que está associada com os estilos e a supervisão e controlo parental. Vários estudos sugerem que as raparigas, comparadas com os rapazes, reportam maior controlo parental, regras mais rígidas em relação ao namorar e níveis mais elevados de desaprovação parental relativamente às relações sexuais pré-matrimoniais (Aronowitz & Morrison-Beedy, 2004; Li, Feigelman, & Stanton, 2000). O estudo realizado por McNeely et al. (McNeely, Shew et al., 2002) a uma amostra representativa de adolescentes de 14 e 15 anos de escolas dos Estados Unidos analisou a influência dos valores e crenças maternas no início da actividade sexual dos seus filhos. Os resultados demonstram existir influência materna apenas nos comportamentos sexuais das raparigas e sugerem que esta influência ocorre através de uma comunicação clara da desaprovação das relações sexuais nas raparigas e de um maior controlo maternal nas suas vidas. Verificou-se ainda que apenas um terço dos rapazes, comparado com metade das raparigas, referia ter pelo menos “alguma informação”. No entanto, embora as mães conversem mais com as filhas acerca das questões sexuais, estas discussões parecem referir-se mais às potenciais consequências negativas de nível físico, psicológico, social e moral dos comportamentos sexuais (McNeely, Shew et al., 2002).

Parece existir um duplo padrão sexual nos processos de influência parental ou, pelo menos, este duplo padrão é percepcionado pelos adolescentes (Meschke et al., 2002). O controlo parental no que respeita aos comportamentos sexuais é diferente consoante o género, encontrando-se evidências de que as mensagens parentais acerca das questões sexuais não são tão claras quanto à desaprovação e às consequências negativas das relações sexuais para os adolescentes do sexo masculino como são para os do sexo feminino. Isto implica que os rapazes possam estar a receber mensagens mais liberais no que concerne às questões sexuais. Historicamente, as consequências pessoais, sociais e morais de ter relações sexuais pré-matrimoniais são menos severas para os rapazes do que para as raparigas, o que pode explicar porque os pais aceitam ou encorajam a actividade sexual dos seus filhos, mas desencorajam activamente a actividade sexual das filhas (Lesch & Kruger, 2005; McNeely, Shew et al., 2002). Por outro lado, também tem sido sugerido que provavelmente os rapazes são menos influenciados pelos processos parentais, existindo outros significativos, no seu meio social, como os

pares que exercem uma influência maior e que podem reduzir a influência parental ao nível da tomada de decisão pelo início da vida sexual (Huebner & Howell, 2003; Stattin & Kerr, 2000).

Vários estudos sugerem que a qualidade da relação pode mediar o efeito dos processos parentais nos comportamentos sexuais dos seus filhos, sendo que esta influência será maior no contexto de uma relação positiva e de suporte (Kington & Sullivan, 2001; Lammers et al., 2000; Meschke et al., 2002; Talashek et al., 2003). Em larga escala pode-se pressupor que os efeitos dos processos parentais nos comportamentos sexuais são exercidos, em parte, indirectamente através da influência no bem-estar dos filhos e na selecção do grupo de pares com que os jovens estabelecem relação (Henrich et al., 2005; Whitbeck, Yoder, Hoyt, & Conger, 1999).

3.4 Factores interpessoais (relacionados com os pares)

O movimento da emancipação da tutela familiar opera-se paralelamente a um intenso investimento nas actividades sociais com os pares. Diminuindo a dependência afectiva face aos pais, característica do período infantil, o adolescente vai alterar a relação com os companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento psicossocial, pois as interacções com os pares oferecem um protótipo das relações que, no futuro, se realizarão nos planos social, profissional, emocional e sexual. A necessidade de ter um grupo de pares ao qual o adolescente pertença e que o faça sentir socialmente aceite leva a que estes assumam um valor fundamental (Steinberg & Morris, 2001).

Os pares vão assim revestir-se de uma importância significativa, quer pela influência das suas normas implícitas ou explícitas, quer porque passam a funcionar como modelos de comportamento e agentes de persuasão ou pressão no sentido da aceitação das normas do grupo (Ben-Zur, 2003). Neste contexto, os conhecimentos, as expectativas, as atitudes e os comportamentos sexuais dos jovens são, pelo menos em parte, aprendidos e reforçados na interacção com os pares (Ardelt & Day, 2002; Ochieng, 2001).

As normas dos amigos parecem exercer uma importante influência nas atitudes e comportamentos sexuais dos jovens (Ardelt & Day, 2002; Rosenthal et al., 2001;

Santelli et al., 2004; Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999). Evidências empíricas mostram que a percepção do início da actividade sexual, da idade da primeira relação, do número de parceiros e da utilização ou não do preservativo nos pares tem impacto no comportamento sexual dos jovens, salientando alguns autores que a percepção exerce uma influência mais forte do que o comportamento real (Kinsman & Romer, 1998; Kirby, 2001; Nahom et al., 2001; Park et al., 2002; Prinstein, Meade, & Cohen, 2003).

Um estudo realizado por Whitbeck et al. (1999) sugere que os adolescentes reportam maior intenção de iniciar a actividade sexual quando acreditam que os seus pares também são sexualmente activos e quando têm irmãos mais velhos que servem de modelo por já terem iniciado a vida sexual. Por outro lado, os jovens que são sexualmente activos tendem a perceber que os seus pares já iniciaram a actividade sexual (Bachanas et al., 2002; Cerwonka et al., 2000; Kinsman & Romer, 1998).

A actividade sexual entre os jovens tende a ser percebida pelos adolescentes como uma norma, sendo esta frequentemente sobrestimada (Hansen et al., 2004; Matos, Gonçalves, Dias et al., 2003). No período da adolescência, o desejo de aderir à norma social vigente é elevada pois a conformidade com as normas e atitudes dos grupos é frequentemente recompensada com aprovação e reconhecimento, enquanto que a não adesão às normas pode ser punida com perda de estatuto ou até exclusão do grupo (Ardelt & Day, 2002). Esta questão assume particular importância nos adolescentes com pouca auto-estima e fraca percepção de competência que poderão sentir-se ainda mais inclinados a se submeter à pressão do grupo de forma a evitar consequências negativas (Anderson & Olmhausen, 1999; Diamond & Lucas, 2004; DiClemente et al., 2001c; Wild et al., 2004).

Como as expectativas sociais dos grupos de pares estão, muitas vezes, relacionadas com o envolvimento em relações amorosas, a necessidade de aceitação por parte dos amigos leva alguns adolescentes a iniciar as relações amorosas numa fase precoce (Collins, 2003). Num estudo realizado por Zimmer-Gembeck et al. (2004), os jovens que reportavam fortes relações com os pares e uma elevada aceitação no seu grupo apresentavam maior probabilidade de se envolverem prematuramente em relações amorosas (Kirby, 2002b).

Na medida em que a primeira relação sexual, particularmente para as raparigas, ocorre frequentemente no contexto de uma relação romântica, quanto mais depressa uma jovem se envolve neste tipo de relacionamento maior é a probabilidade de se tornar sexualmente activa numa fase prematura do desenvolvimento (Rosenthal, Burklow, Lewis, Succop, & Biro, 1997; Whitbeck et al., 1999).

Durante a adolescência, a socialização com grupos de pares desviantes pode representar um risco acrescido na medida em que estes reforçam atitudes e crenças favoráveis aos comportamentos de risco, representam modelos mais permissivos em relação ao desvio, oferecem oportunidades de envolvimento em práticas sexuais de risco, e normalmente influenciam ou pressionam os jovens para aderir a esses comportamentos (Ary, Duncan, Duncan, & Hops, 1999; Crosnoe et al., 2002; S. McKay, 2003; Perkins, Luster, Villarruel, & Small, 1998).

Em contrapartida, o envolvimento com grupos de pares que iniciam a actividade sexual mais tarde ou que têm relações sexuais protegidas pode funcionar como factor de protecção (Perkins et al., 1998). Um estudo realizado por Dilorio et al. (2001), a adolescentes entre os 13 e os 15 anos de idade acerca dos factores relacionados com o início da actividade sexual, verificou que os jovens que percepcionavam os seus pares como não tendo iniciado a actividade sexual e com normas pouco favoráveis aos comportamentos sexuais na adolescência apresentavam menor probabilidade de ter iniciado as relações sexuais. Por outro lado, os jovens que ainda não tinham iniciado a vida sexual apresentavam normas mais positivas em relação à abstinência sexual do que os jovens que eram sexualmente activos. Outros autores sugerem também que as normas favoráveis ao preservativo estão associadas à sua mais frequente e consistente utilização (Beal et al., 2001; Crosby et al., 2003; Kirby, 2002b).

Em vários estudos, os adolescentes reportam sentir pressão normativa para iniciar a actividade sexual, sendo o impacto desta pressão distinto consoante o género e a idade (Burack, 1999; Mizuno, Seals, Kennedy, & Myllyluoma, 2000; Zwane et al., 2004). Comparados com as raparigas, os rapazes apresentam maior probabilidade de serem mais influenciados por factores relacionados com os pares, de serem mais susceptíveis do efeito negativo dos amigos, de terem grupos de pares desviantes e de se envolverem em mais comportamentos de risco (Crosnoe et al., 2002; Meschke et al., 2002; Prazeres, 2003; Stattin & Kerr, 2000). No entanto, o

processo de tomada de decisão no âmbito dos comportamentos sexuais como resultado da influência do grupo de pares em que o jovem está inserido não é ainda totalmente compreendido. Diferentes perspectivas acerca da forma como este processo funciona têm sido equacionadas, encontrando-se evidências de que, por um lado, os pares influenciam directamente o comportamento sexual e, por outro, um processo selectivo opera na escolha de amizades consoante as semelhanças percebidas entre os jovens (Boyer et al., 1999; Jaccard et al., 2005).

Grande parte das investigações realizadas têm-se centrado no impacto dos pares em comportamentos menos convencionais ou desviantes, sendo dada pouca atenção à função protectora que estes podem exercer (Dilorio et al., 2004; Henrich et al., 2005). O grupo de amigos é normalmente descrito pelos adolescentes como fonte de suporte e de partilha de vivências e opiniões e fonte de informação acessível e confortável acerca de tópicos sensíveis e íntimos (Lipovsek et al., 2002). Anteghini et al. (2001) num estudo realizado a 2059 jovens do 8º e 10º ano de escolaridade encontraram evidências de que a percepção por parte dos jovens de que os pares se interessam por eles e a boa integração num grupo de pares funcionam como factores protectores para um menor envolvimento em comportamentos sexuais de risco.

As relações de amizade na medida em que são um contexto em que os adolescentes aprendem e praticam relações de intimidade, reciprocidade, maturidade, e desenvolvem competências de resolução de conflitos e de negociação podem ajudar os adolescentes, principalmente os mais novos, nas tarefas inerentes ao envolvimento em relações românticas. Assim, podem ajudar na selecção do parceiro, no suporte emocional durante um conflito ou ruptura e no encorajar a sua dissolução em caso de relações pouco satisfatórias.

Outro aspecto a salientar é que parecem existir evidências de que o envolvimento amoroso introduz, muitas vezes, alterações nas redes de amizades e que estas alterações têm impacto no bem-estar dos jovens, especialmente nos do sexo feminino. Sabendo-se que as relações com os pares desempenham funções importantes e positivas durante a adolescência, as alterações que ocorrem como consequência de um envolvimento em relações amorosas podem ter impacto na natureza e nas oportunidades de os adolescentes vivenciarem intimidade e suporte emocional no seu grupo de amigos, factor que pode ser particularmente importante

no ajustamento psicossocial durante e após a adolescência (Zimmer-Gembeck, 2002).

Neste sentido, é necessário ter em atenção as estratégias utilizadas pelos jovens para reorganizar e manter as suas relações com os pares à medida que se envolvem em relações amorosas. Verifica-se que se alguns adolescentes encontram métodos que integram os seus parceiros românticos nas redes sociais existentes e assim conseguem alcançar uma grande variedade de relações positivas, outros não conseguem desenvolver essas estratégias, ficando mais expostos aos riscos, em termos de saúde física e mental (Zimmer-Gembeck, 2002).

Moore e Rosenthal (1991) encontraram diferenças de entre os jovens do sexo masculino e feminino no que respeita à influência positiva dos pares, sugerindo que as raparigas são mais positivamente influenciadas pelas relações de amizade. A investigação sugere que as jovens que estabelecem redes sociais com o grupo de pares e mais diálogos com os amigos parecem estar mais protegidas no que respeita à sua Saúde Sexual pois estes funcionam como contrapartida em relação à influência do parceiro sexual (Lipovsek et al., 2002).

O consumo de álcool e/ou drogas tem sido considerado como um dos factores associados ao início precoce de relações sexuais e/ou relações sexuais desprotegidas, sendo que o grupo de pares proporciona, muitas das vezes, o contexto para estes consumos (Carpenter, 2005; Newman & Zimmerman, 2000; Poulin & Graham, 2001; Santelli et al., 2004; Zimmer-Gembeck et al., 2004).

Cooper (2002) numa revisão de estudos acerca da associação entre os comportamentos sexuais de risco e o consumo de álcool, realizados na última década, conclui que este consumo estava bastante correlacionado com a decisão de ter relações sexuais, com a multiplicidade de parceiros e com as relações sexuais com parceiros ocasionais. No entanto, apenas verificou associação entre o consumo de álcool e as relações sexuais desprotegidas no contexto da primeira relação sexual e em jovens mais novos.

No estudo “Youth Risk Behavior Surveillance: 2003” (Centers for Disease Control and Prevention, 2004), 25.4% dos adolescentes sexualmente activos consumiu álcool ou drogas na última relação sexual. Constatou-se que os rapazes (29.8%) comparativamente com as raparigas (21%) e as raparigas do 10º ano (23.1%)

comparativamente com as raparigas do 12º ano (17.6%) reportam mais frequentemente ter consumido álcool ou drogas na última relação sexual.

Vários autores sugerem a existência de pelo menos duas interpretações acerca da relação entre o consumo de álcool e drogas e os comportamentos sexuais: o álcool e as drogas são desinibidores do pensamento e da tomada de decisão racional, o que pode favorecer as relações sexuais desprotegidas e colocar os indivíduos em risco; e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e os comportamentos sexuais de risco pode ser indicador de que os indivíduos estão inseridos numa constelação de comportamentos de risco (Albus, Weist, & Perez-Smith, 2004; Kirby, 2002b; Maisto, Carey, Carey, Gordon, & Schum, 2004; Wingood & DiClemente, 2000). Recentemente, também tem sido sugerido que a associação entre o consumo de álcool e /ou drogas e os comportamentos sexuais de risco parece ser dependente das características individuais dos jovens e de factores contextuais (Abbey, Saenz, & Buck, 2005; Abel & Plumridge, 2004; Leigh, 2002; Morrison et al., 2003; Weinhardt & Carey, 2001).

Evidências empíricas mostram que os jovens mais do que tomar decisões independentes e racionais necessárias para o sexo seguro sofrem pressão dos parceiros para iniciar a vida sexual (Banister, Jakubec, & Stein, 2003; Hoppe et al., 2004). As normas em relação aos tradicionais papéis de género atribuem uma liberdade maior aos homens na área da sexualidade enquanto que é esperado que as mulheres adoptem uma atitude mais passiva. Como resultado, muitas raparigas têm de lidar com a diferença de poder existente na maior parte das relações heterossexuais e as suas decisões são muitas vezes limitadas pelos constructos sociais da sexualidade feminina, que faz com que a mulher se iniba de tomar a responsabilidade pela sua Saúde Sexual (Shoveller et al., 2004; Tschann, Adler, Millstein, Gurvey, & Ellen, 2002). As evidências empíricas apontam para que as raparigas, apesar de apresentarem maior intenção de utilizar o preservativo, reportam menos utilização do que os rapazes, concluindo que as jovens apercebem-se que têm pouco controlo sobre o seu comportamento sexual e oportunidades limitadas para recusar relações sexuais indesejadas e para introduzir e negociar a utilização do preservativo, o que aumenta o risco de infecção pelo VIH/SIDA (Newman & Zimmerman, 2000; Rosenthal et al., 2002; Wingood & DiClemente, 2002).

A natureza da relação que os jovens estabelecem, nomeadamente relações românticas e estáveis, pode também constituir uma barreira quando se introduz a noção de “praticar sexo seguro” (Claúdio et al., 1994; Crosby et al., 2000; Kirby, 2001). Num estudo realizado por Talashek et al. (2004), as raparigas referiam que o facto de terem relações desprotegidas no contexto de uma relação romântica era sinal de confiança entre os parceiros e que essa relação lhes conferia protecção em relação à infecção pelo VIH/SIDA. Como já referido, diversos estudos realizados nesta área parecem evidenciar uma associação entre o envolvimento afectivo e a desvalorização das medidas preventivas, apesar do método de prevenção baseado na confiança no parceiro não ser necessariamente uma forma efectiva e segura de protecção.

O preservativo está ainda muito associado a relações casuais, a infidelidade e a doenças, o que interfere negativamente com as crenças de confiança, intimidade e compromisso subjacentes a uma relação amorosa. Assim, o diálogo sobre a utilização do preservativo é difícil pois é, normalmente, interpretado como sinal de desconfiança e de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico (MacPhail & Campbell, 2001; Tapia-Aguirre et al., 2004).

As implicações interpessoais da utilização do preservativo parecem ser determinantes para a sua utilização (Bowleg, Belgrave, & Reisen, 2000; Castaneda, 2000). Assim, o receio de uma atitude negativa do parceiro e o consequente risco inerente à introdução do uso do preservativo, nomeadamente potencial ruptura da relação e diminuição da reputação social, diminuem a intenção de utilizar o preservativo (Smith, 2003). Em contrapartida, a percepção de uma atitude do parceiro mais favorável parece estar relacionada com o uso do preservativo de forma consistente (Dilorio et al., 2001; Mizuno et al., 2000). Stanton et al. (2002) sugeriram também que o facto de os jovens considerarem que a utilização do preservativo numa relação heterossexual é sinal de um comportamento maduro e responsável dos parceiros e uma forma desejável de se comportar funciona como um factor de protecção pois aumenta a probabilidade da sua utilização.

Vários estudos que analisam a associação entre o tipo de parceiro sexual e a utilização de contraceptivos concluem que o preservativo é mais facilmente usado em relacionamentos ocasionais do que em relações estáveis, uma vez que no primeiro caso, não se conhecendo previamente o parceiro, mais facilmente se equaciona a hipótese de risco (Comer & Nemeroff, 2000; Foreman, 2003). Numa

relação de longa duração é, em geral, difícil introduzir o uso do preservativo, sendo a pílula mais frequentemente utilizada como meio contraceptivo. Uma das razões que justifica esta opção poderá estar relacionada com a inexistência das competências necessárias, quer para a aquisição, quer para a negociação do uso do preservativo, sendo a pílula a este nível menos exigente. No entanto, vários autores chamam a atenção para a importância de aprofundar o conhecimento acerca dos factores subjacentes ao processo de tomada de decisão acerca dos métodos contraceptivos no contexto de diferentes relações sexuais (Foreman, 2003; Manning, Longmore, & Giordano, 2005).

Os jovens que têm parceiros mais velhos apresentam uma tendência maior do que os que têm parceiros da mesma idade ou mais novos para se envolver em comportamentos sexuais de risco, nomeadamente início precoce da actividade sexual, relações sexuais por ter consumido álcool ou drogas e relações sexuais desprotegidas por pressão do parceiro (Gowen, Feldman, Diaz, & Yisrael, 2004; Manning, Longmore, & Giordano, 2000). Um estudo realizado por Hutchinson et al. (2003) demonstrou que as raparigas que iniciam a vida sexual em idades mais precoces, muitas vezes com parceiros mais velhos, têm maior probabilidade de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis. A capacidade para recusar relações sexuais indesejadas ou de risco e para negociar sexo seguro pode estar comprometida nas jovens com parceiros mais velhos, por causa das diferenças de poder, influência e experiência sexual (Ford & Lepkowski, 2004; Kaestle, Morisky, & Wiley, 2002; Wingood & DiClemente, 2002; Young & d'Arcy, 2005).

3.5 Factores escolares

A escola é considerada um importante agente de socialização, exercendo influência no desenvolvimento de crenças, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes.

Um estudo longitudinal realizado por Paul et al. (2000) com o objectivo de identificar os factores protectores e de risco no início da actividade sexual sugeriu que os factores escolares determinam de forma significativa o início da actividade sexual. Neste sentido, também várias evidências empíricas sugerem que os jovens que frequentam a escola, que percebem o ambiente escolar como positivo e como fonte de suporte, que apresentam um bom desempenho académico e elevadas

expectativas académicas futuras, tendem a iniciar a actividade sexual mais tarde e a adoptar comportamentos sexuais seguros quando a iniciam (Crosnoe et al., 2002; Garwick, Nerdahl, Banken, Muenzenberger-Bretl, & Sieving, 2004; Halpern et al., 2000; Sulak, 2004). O facto dos adolescentes terem mais anos de escolaridade parece também ser um factor protector na área da Saúde Sexual (He, Kramer, Houser, Chomitz, & Hacker, 2004; Leite, Rodrigues, & Fonseca, 2004). Por outro lado, o fraco envolvimento escolar e o insuficiente desempenho académico funcionam como factores de risco para os comportamentos sexuais (Bonell et al., 2005; Martin et al., 2005; Sather & Zinn, 2002; Taylor-Seehafer & Rew, 2000). No mesmo sentido vão os resultados de um estudo realizado por Talashek et al. (2003) em que os adolescentes que apresentavam absentismo e abandono escolar corriam maior risco de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA.

A escola, enquanto espaço de grande permanência temporal dos jovens, pode funcionar como um contexto privilegiado para promover a Saúde Sexual juvenil e prevenir a infecção pelo VIH/SIDA (UNESCO, 2003). A escola oferece múltiplas oportunidades na medida em que permite: abranger um grande grupo de pessoas, incluindo jovens, funcionários da escola, pais e membros da comunidade; trabalhar com jovens em idades de grande importância no estabelecimento de comportamentos e estilos de vida para a sua vida futura; intervir antes de os adolescentes se depararem com tomadas de decisão na área da sexualidade; trabalhar na aquisição de conhecimentos, atitudes e valores importantes na prevenção do VIH/SIDA; integrar a prevenção do VIH/SIDA na educação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, consumo de álcool e drogas e outros aspectos da sua saúde; ter um canal para a comunidade na prevenção do VIH/SIDA; reduzir a discriminação numa variedade de formas (Dias et al., 2005; Siegel, Aten, & Enaharo, 2001; WHO, 1999).

Na medida em que existem evidências de que os adolescentes, apesar de informados, apresentam lacunas no conhecimento na área da sexualidade e do VIH/SIDA é importante salientar o papel que a escola pode ter na transmissão da informação correcta e adequada aos grupos-alvo. Esta poderá ser uma das formas da escola contribuir, pelo menos de forma indirecta, para ganhos na Saúde Sexual juvenil e no combate à SIDA e à discriminação social das pessoas infectadas (Dias, Matos, & Goncalves, 2005b; Ramirez, Gosset, Ginburg, Taylor, & Slap, 2000).

No contexto da educação sexual nas escolas, vários autores chamam a atenção para a avaliação que os jovens fazem dos programas que têm sido implementados. Os jovens consideram que a maioria das acções enfatiza em demasia os riscos da actividade sexual, foca apenas as medidas de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e da gravidez na adolescência, limita a oportunidade para colocar dúvidas e apresenta uma visão puramente científica e não humanizada da sexualidade (Hoppe et al., 2004; Shoveller et al., 2004). Os adolescentes referem ainda que gostariam de discutir e explorar os potenciais aspectos positivos da actividade sexual e os aspectos emocionais das questões relacionadas com as relações sexuais (Maticka-Tyndale, 2001; Steele, 1999).

Uma análise das investigações realizadas em idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos que procuravam compreender o impacto da educação sexual e prevenção do VIH/SIDA nos comportamentos sexuais nos adolescentes demonstrou que a participação em programas de educação sexual pode diminuir a frequência de comportamentos sexuais de risco na adolescência (UNAIDS, 1997).

As avaliações realizadas a diversos programas de educação sexual realçam que para estes serem eficazes devem proporcionar a participação dos alunos na construção da sua própria saúde, o enriquecimento individual pelo treino e educação em métodos de aprendizagem pessoal, o desenvolvimento da auto-eficácia para a adopção de medidas preventivas, oferecendo oportunidades para praticar as competências comunicacionais, de negociação e de resistência à pressão social (Clark et al., 2003; UNESCO, 2003; WHO, 2003a). Em resumo, devem procurar desenvolver o auto-conceito, a participação, a resolução de problemas e a tomada de decisão de forma a fortalecer os recursos pessoais no domínio cognitivo, afectivo e social que permitam otimizar o funcionamento saudável e adaptado do adolescente (Porter et al., 1999; Schaalma et al., 2004).

O desenvolvimento de acções de educação sexual nas escolas pode ainda favorecer a interligação entre a escola e a família e conduzir a uma multiplicação de oportunidades para que estes assuntos sejam também abordados no contexto comunitário (Owolabi, Onayade, Ogunlola, Ogunniyi, & Kuti, 2005). A escola e a família complementam-se no processo educativo, sendo que a criação e a manutenção de canais de comunicação funcionais e articulados entre estes dois universos produzem vantagens suficientemente comprovadas a diversos níveis, nomeadamente no rendimento escolar dos alunos, na sua inserção escolar e social

e na rentabilização da instituição escolar como agente de dinamização das comunidades e de mudança social, factores que directa ou indirectamente influenciam a tomada de decisão dos jovens no que se refere aos comportamentos sexuais (Ancheta, Hynes, & Shrier, 2005; Matos & Spence, 2005; WHO, 2003c).

Neste contexto, é necessário fazer esforços para promover um sentimento de ligação forte dos adolescentes ao meio escolar, como forma de aumentar a percepção subjectiva de bem-estar, o sentimento de pertença, de auto-eficácia e de valor e, consequentemente, permitir escolhas e opções por estilos de vida saudáveis de forma consistente e sustentada (Baumer & South, 2001; Matos, 1997; Santelli et al., 2004). A percepção que os jovens têm da sua participação nas actividades e decisões que dizem respeito ao contexto escolar parece também ser uma componente fundamental, como é referido por vários autores (Hacker et al., 2000; Ramirez et al., 2000).

3.6 Factores comunitários

A nível comunitário, é essencial compreender normas, atitudes e comportamentos sexuais que caracterizam o ambiente sócio-cultural em que o jovem está envolvido, identificar quais as características sócio-económicas que limitam ou promovem oportunidades de desenvolvimento e os recursos e estruturas sociais e de saúde, em particular na área da Saúde Sexual que estão disponíveis, bem como a influência dos meios da comunicação social (Guilamo-Ramos, Jaccard, Pena, & Goldberg, 2005; Shoveller et al., 2004; Upchurch et al., 1999).

O desenvolvimento psicosssexual e o relacionamento amoroso e/ou sexual dos adolescentes processam-se num meio que tem subjacente modelos relativos aos papéis de géneros para as relações heterossexuais (Porter, 2002; Zimmer-Gembeck, 2002). A sexualidade e os comportamentos sexuais dos jovens estão assim submersos num contexto alargado de normas e especificidades sócio-culturais que determinam, em parte, as práticas sexuais e a vulnerabilidade ao VIH/SIDA (Brindis, 2002; Ross & Fernandez-Esquer, 2005; UNFPA, 2003a).

A ideologia tradicional masculina encoraja o homem a ser sexualmente afirmativo, a estar sempre pronto para ter relações sexuais, a ter uma ideia das relações sexuais, em primeiro lugar, como forma de prazer, a ter controlo em todos os

aspectos do encontro sexual e a ter múltiplas parceiras (Bowleg, 2004; WHO, 2000). Evidências empíricas demonstram uma ligação entre as ideologias tradicionais masculinas e os comportamentos sexuais de risco, nomeadamente atitudes negativas face à utilização do preservativo e mais parceiras sexuais (Noar & Morokoff, 2002; Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Trevino, & Reysoo, 2003; Tschann et al., 2002). Por outro lado, o tradicional conceito de feminilidade encoraja a mulher a um papel mais passivo na sexualidade, que entra, muitas vezes, em contradição com a necessidade e intenção de ser assertiva na prática de comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA (Crawford & Popp, 2003). No entanto, vários estudos demonstram que o duplo padrão da sexualidade parece estar atenuado, verificando-se uma mudança nas expectativas sociais relativas aos papéis de género (Crawford & Popp, 2003; Jackson & Cram, 2003; Prazeres, 2003; Stern et al., 2003).

No entanto, quer no seio da família, quer na comunidade em geral, continua a verificar-se a existência de diferenças de género e estereótipos, no que concerne à actividade sexual, que limitam a expressão da sexualidade feminina. Na tomada de decisão acerca dos comportamentos sexuais a adoptar, as raparigas demonstram, muitas vezes, preocupações acerca dos aspectos psicológicos e sociais de ser sexualmente activa (Foreman, 2003; Woollett et al., 1998).

Quanto à adopção de medidas preventivas parece existir diferenças na capacidade da mulher e do homem se protegerem (Buysse & Van Oost, 1997). As normas sócio-culturais colocam, muitas vezes, a mulher em posições mais enfraquecidas relativamente à protecção contra a infecção (Wingood & DiClemente, 2002). O duplo padrão heterossexual, existente em muitas circunstâncias, força a mulher a escolher entre correr o risco de se infectar com o VIH/SIDA por ter uma relação sexual desprotegida ou colocar a sua reputação pessoal e social em risco de sofrer julgamentos negativos se insistir em praticar sexo seguro (Crawford & Popp, 2003). O estigma social existente em relação a uma mulher adquirir e possuir preservativos torna-se também uma barreira à sua utilização (Blythe & Rosenthal, 2000; Meekers & Klein, 2002; Newman & Zimmerman, 2000; Tapia-Aguirre et al., 2004).

A nível comunitário, factores como o estatuto sócio-cultural, o nível de escolaridade, a percepção de segurança e o nível de organização do local de residência são indicadores da qualidade do ambiente social que rodeia os jovens e apresentam um

enorme impacto nos seus comportamentos sexuais (Martin et al., 2005; Levinson, Sadigursky, & Erchak, 2004).

A pobreza e as desigualdades económicas constituem uma das maiores ameaças para a saúde dos indivíduos, pois limitam as oportunidades e a escolha por estilos de vida saudáveis, o acesso aos serviços de saúde e as expectativas de um futuro associado ao bem-estar e desenvolvimento pessoal e social (Gonçalves et al., 2003; UNESCO, 2003; UNFPA, 2005). Vários autores sugerem que os locais com maiores desvantagens sócio-económicas, bairros onde predominam baixos níveis de escolaridade, taxas elevadas de desemprego, de desorganização, de criminalidade e de consumo de drogas tendem a estar mais associados ao início precoce da actividade sexual, às relações desprotegidas e à gravidez na adolescência (Ramirez-Valles, Zimmerman, & Newcomb, 1998; Santelli, Lowry et al., 2000).

O nível de recursos sócio-económicos e de organização social característico de um bairro tem assim um importante papel no início da actividade sexual. Vários autores sugerem que o local de residência influencia o comportamento dos jovens não só através das suas próprias características, como também pelos factores sociais, familiares e interpessoais que estão, muitas vezes, a eles associados (Biglan et al., 2003; Lammers et al., 2000; Roche, Ellen & Astone, 2005). Os residentes de bairros mais desfavorecidos podem representar modelos de comportamentos de risco e expressar normas menos consistentes e claras acerca do início da actividade sexual mais tardio e da necessidade de utilização consistente do preservativo e de métodos contraceptivos para a prevenção da gravidez na adolescência (Kirby, 2001; La Greca, Prinstein, & Fetter, 2001). Os adolescentes que residem em ambientes sociais de risco, nomeadamente alta prevalência de violência e consumos de drogas, podem também estar mais vulneráveis a envolverem-se com grupos de pares com normas e comportamentos sexuais comprometedores para a saúde (Baumer & South, 2001). Estes bairros podem ainda limitar o acesso a recursos e estruturas sociais e de saúde que influenciam positivamente os comportamentos sexuais dos jovens (Dias et al., 2004; Gonçalves et al., 2003; Kirby, 2002b).

Por outro lado, os bairros socialmente favorecidos podem fazer com que os jovens tenham maior contacto com famílias que apresentam aos jovens expectativas académicas futuras e mais oportunidades de educação e envolvimento em

actividades positivas no horário extra-escolar, factores que contribuem para um desenvolvimento sexual positivo dos adolescentes (Gonçalves et al., 2003).

Várias pesquisas sugerem que a participação de jovens em projectos e actividades extracurriculares em escolas, organizações comunitárias, igrejas, clubes recreativos e desportivos exercem um mecanismo de controlo social que permite a supervisão dos jovens, a transmissão de valores e normas positivas e o desenvolvimento do auto-conceito, de competências pessoais e sociais e de maiores aspirações académicas futuras, aspectos que apresentam influência na actividade sexual dos jovens (Nicholson, Collins, & Holmer, 2004; O'Donnell et al., 1998; Ramirez-Valles et al., 2002). Neste contexto, é importante que os serviços comunitários desenvolvam programas que promovam atitudes e actividades pro-sociais, promovam o desenvolvimento psicossocial saudável, forneçam modelos positivos e supervisão aos adolescentes (Bolland, 2003; James et al., 2004; Roth & Brooksgunn, 2003). Esta estratégia pode servir para fortalecer e expandir o controlo parental e ser um recurso adicional para os jovens que residem em locais mais desfavorecidos (DiClemente et al., 2001a). Na medida em que evidências empíricas parecem demonstrar que o início da actividade sexual está associado com a menor participação em actividades pró-sociais, o facto de se assistir normalmente a uma menor participação e envolvimento em actividades extra-curriculares nas raparigas (Eccles & Barber, 1999) poderá ser um factor a ter em conta no desenvolvimento de estratégias de promoção de Saúde Sexual (Ramirez-Valles et al., 1998).

Outro meio de aprendizagem informal da sexualidade é a exposição à informação veiculada através dos meios de comunicação social. Vários autores têm analisado o papel destes no desenvolvimento da sexualidade dos jovens (Pettit, 2003; Ward, 2003). A transição desenvolvimental aumenta a procura do conhecimento em outras fontes que não os pais, sendo os meios de comunicação social, nomeadamente a televisão, as revistas e a Internet considerados pelos jovens como importantes fontes de informação em relação às questões relacionadas com a sexualidade (Malamuth & Impett, 2001; Skinner, Biscope, Poland, & Goldberg, 2003; Werner-Wilson, Fitzharris, & Morrissey, 2004).

A televisão e a Internet, sendo fontes de informação bastantes acessíveis na área da sexualidade, exercem assim uma enorme influência nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos jovens. Os meios de comunicação social fornecem informação sobre os papéis de género, reforçam um conjunto de normas

relacionadas com as questões sexuais e dão relevo pessoal e público às questões sexuais (Brown, 2002; Chapin, 2000b). Vários estudos sugerem que a frequência e a exposição a programas de televisão parecem estar associadas com uma maior aceitação dos estereótipos sexuais e com maiores expectativas de prevalência de actividade sexual (Eggermont, 2005; Ward, 2003). Os meios de comunicação social assumem uma maior importância em circunstâncias em que não existem outras fontes de informação alternativas, como acontece quando os pais e a escola se recusam a dialogar sobre estes tópicos (Flowers-Coulson, Kushner, & Bankowski, 2000).

Apesar de ainda pouco se saber acerca do modo como se processa a influência dos meios de comunicação social na sexualidade dos jovens, vários autores defendem que, à parte da informação básica acerca das questões sexuais, os conteúdos transmitidos quase sempre sem alusão aos riscos da actividade sexual encorajam as atitudes e os comportamentos sexuais de risco (Brown & Keller, 2000). Estudos realizados com jovens de escolas secundárias demonstram existir associação entre a frequência em assistir a programas televisivos e a iniciação da actividade sexual (Collins et al., 2004; Ward & Rivadeneyra, 1999). Brown et al. (2005) sugerem que é possível que os adolescentes que se encontram mais interessados nas questões sexuais se tornem simultaneamente mais interessados em programas que abordem questões relacionadas com a sexualidade na medida em que essa área se tornou saliente nas suas vidas. No entanto, também pode acontecer que os programas de televisão, muitos deles com conteúdos sexuais pouco controlados, possam ter encorajado os adolescentes a iniciar a actividade sexual mais cedo. Provavelmente, ambos os processos operam simultaneamente, contudo apenas a realização de estudos longitudinais poderá fornecer mais informação sobre estes processos (Brown, Halpern, & L'Engle, 2005).

Por outro lado, vários estudos demonstram que a exposição a campanhas que utilizam mensagens claras e positivas, através de múltiplos canais (televisão, rádio e imprensa escrita) pode aumentar a consciência acerca dos riscos de ser sexualmente activo, o conhecimento acerca das medidas preventivas e, conseqüentemente, aumentar o uso do preservativo e de contraceptivos, bem como reduzir o número de parceiros nos jovens sexualmente activos (Agha, 2003; Kirby et al., 1999).

O impacto da televisão e de outros meios de comunicação social nos conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos sexuais dos jovens varia consoante o seu padrão de utilização e este por sua vez está associado à idade, ao género, à etnia, ao estatuto socio-económico e ao envolvimento familiar, entre outros factores (Malamuth & Impett, 2001; Steele, 1999). De acordo com Donnerstein e Smith (2001) o facto de os pais assistirem com os seus filhos a programas de televisão e conversarem sobre eles pode reduzir o seu impacto negativo. Parece que os jovens que possuem mais conhecimentos acerca das regras de funcionamento dos meios de comunicação social, de como as imagens são construídas e qual o potencial efeito da sua exposição são menos influenciados negativamente pela exposição a esses conteúdos e apresentam maior capacidade para serem capazes de seleccionar e beneficiar com a sua informação (Collins, 2005; Kaplan & Cole, 2003).

Os meios de comunicação social e a Internet encontram-se numa posição privilegiada para trazer estes assuntos de Saúde Pública à atenção dos decisores políticos e do público em geral e promover a reflexão e o diálogo sobre as temáticas da sexualidade e prevenção do VIH/SIDA (Brown, 2002; Goold, Ward, & Carlin, 2003). Em resumo, parece que os órgãos de comunicação social são importantes fontes de informação e de aprendizagem de conteúdos na área da Saúde Sexual para os adolescentes, sendo necessário encorajá-los a apresentar uma visão da sexualidade positiva e saudável (Brindis, 2002; Brown & Keller, 2000; Pettit, 2003; Skinner et al., 2003).

As tendências relacionadas com a morbilidade e mortalidade dos jovens centraram a atenção no papel fundamental que os serviços de saúde podem ter na prevenção de problemas na saúde física, psicossocial, e em particular na Saúde Sexual dos adolescentes (Dehne & Riedner, 2001; Kmietowicz, 2003; Pearson, 2003).

Os jovens normalmente referem os médicos como fontes de informação na área da Saúde Sexual, embora se sintam hesitantes em recorrer aos serviços de saúde para esclarecer as suas dúvidas (Kane, Macdowall, & Wellings, 2003). Apesar da maioria dos jovens se tornar sexualmente activo na adolescência, muitos reportam pouca utilização dos serviços de saúde, quer no âmbito preventivo, quer curativo (Barnett & Schueller, 2002; Halpern-Felsher et al., 2000; Ozer et al., 2005).

Um estudo realizado por French (2002) sobre os serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva para jovens salienta que os adolescentes sentem que não têm oportunidade, numa consulta rápida, de colocar dúvidas e de discutir as razões que afectam a utilização efectiva de métodos contraceptivos. Este estudo concluiu ainda que os serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva precisam de apresentar aos jovens informação e alternativas para a prática do sexo seguro que estejam de acordo com os seus estilos de vida e necessidades específicas. A fraca utilização dos serviços está frequentemente associada a vários factores que funcionam como barreiras ao seu acesso, como sejam, as políticas públicas de saúde que, muitas vezes, restringem o acesso dos jovens aos serviços e à correcta informação, as atitudes e prestações dos técnicos de saúde, o desconhecimento por parte dos jovens da existência destes serviços e o facto dos adolescentes se sentirem desconfortáveis e embaraçados quando recorrem aos serviços de saúde (Brough, Reid, & Unsworth, 2002; Goold et al., 2005; Jones, Purcell, Singh, & Finer, 2005; Juntunen, 2004; Lafferty et al., 2002; Pearson, 2003).

De acordo com vários autores, os princípios fundamentais para desenvolver serviços de saúde que sejam adequados aos adolescentes e efectivos prendem-se com a privacidade, a confidencialidade da informação partilhada, o respeito pelos jovens e pelas diferenças de género, a criação de um ambiente amigável que permita que os adolescentes se sintam confortáveis a discutir estes assuntos, a acessibilidade, a existência de técnicos de saúde treinados para o atendimento especializado a adolescentes e o envolvimento dos jovens no planeamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde específicos para esta faixa etária (Barnett & Schueller, 2002; Blythe & Rosenthal, 2000; Clark et al., 2003; Kane et al., 2003; Omar & Richard, 2004). É ainda necessário promover uma ligação entre o sector da saúde e o da educação de modo a diminuir o receio e os mitos dos jovens em relação à utilização dos serviços e melhorar o seu acesso (Brough et al., 2002; Kmietowicz, 2003; Stone & Ingham, 2003). Esta questão torna-se ainda mais prioritária para os rapazes que são os que reportam menos utilização destes serviços (Hacker et al., 2000; Magnani et al., 2001; Marcell, Raine, & Eyre, 2003; Prazeres, 2003).

CAPÍTULO 4 - ESTUDO QUANTITATIVO

A revisão de literatura realizada no âmbito deste trabalho evidencia que as questões relacionadas com os comportamentos sexuais dos jovens e a prevenção do VIH/SIDA são complexas. Procurou-se neste contexto desenvolver um estudo que permitisse aprofundar o conhecimento sobre estas temáticas.

4.1 Objectivos do estudo

O estudo quantitativo tem assim como objectivo geral analisar as questões relacionadas com a sexualidade, os comportamentos sexuais e o VIH/SIDA nos adolescentes escolarizados.

Neste âmbito, estabeleceram-se os seguintes objectivos específicos:

- Descrever os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais relevantes para a prevenção de VIH/SIDA nos adolescentes escolarizados;
- Analisar as relações entre as variáveis relacionadas com os comportamentos sexuais adoptados e as variáveis de nível individual e dos vários aspectos do contexto ecológico em que o adolescente está inserido (família, pares, escola e comunidade);
- Identificar os factores ligados à protecção e ao risco associados aos comportamentos sexuais de risco.

4.2 Método

4.2.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo transversal, descritivo e com uma componente analítica (Last, 2001).

4.2.2 Amostra

A amostra do estudo quantitativo faz parte do estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia “Health Behaviours in School-aged Children

(HBSC/OMS)” (Currie et al., 2004), realizado em Portugal Continental em 2002 (Matos, Gonçalves, Dias et al., 2003). No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa nas idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos) foram seleccionadas aleatoriamente 135 escolas públicas de ensino regular de uma lista nacional, estratificada pelas cinco regiões educativas do país (Matos, Gonçalves, Dias et al., 2003). Da totalidade de escolas convidadas a participar no estudo não se obteve resposta de 10 escolas. De acordo com o protocolo internacional de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2002 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a amostragem por grupos “cluster sampling”, onde o grupo ou unidade de análise foi a turma. Os grupos escolhidos para aplicação dos questionários frequentavam os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, procurando encontrar assim um máximo de jovens com idades indicadas no protocolo internacional (Currie et al., 2001). A amostra nacional era composta originalmente por 6903 sujeitos.

Este estudo utilizou a amostra constituída apenas pelos jovens que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, tendo em conta que as questões relativas aos comportamentos sexuais só foram aplicadas nestes anos lectivos.

A amostra em estudo é assim constituída por 3762 alunos, dos quais 52% (1956) são do sexo feminino e 48% (1806) do sexo masculino. A amostra apresenta uma média de idade de 15.12 (D.P.=1.35), sendo 58% (2181) alunos do 8º ano e 42% (1581) alunos do 10º ano de escolaridade. A amostra do 8º ano de escolaridade é constituída por 52% (1132) adolescentes do sexo feminino e 48% (1049) adolescentes do sexo masculino com uma média de idades de 14.30 (D.P.=.973). A amostra do 10º ano de escolaridade é composta por 52% (824) adolescentes do sexo feminino e 48% (757) adolescentes do sexo masculino com uma média de idades de 16.25 (D.P.=.907).

4.2.3 Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o questionário do estudo internacional de 2002 do “Health Behaviour of School Aged-Children” (Currie et al., 2004) validado para o contexto português (Matos, Gonçalves, Dias et al. 2003), seguindo os critérios do protocolo internacional (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001).

O questionário é composto por duas partes. A primeira parte, constituída por questões obrigatórias para os 35 países, contemplou dados sócio-demográficos (género, idade, estatuto sócio-económico), do ambiente familiar e escolar, relações entre pares, hábitos alimentares e de higiene, saúde positiva, lazer e ocupação de tempos livres, prática de actividade física, expectativas futuras, bem-estar, queixas psicológicas e psicossomáticas e história de consumos (tabaco, álcool e drogas). A segunda parte, com questões opcionais e dados específicos para Portugal, contemplou aspectos relativos aos comportamentos sexuais (atitudes face ao início da actividade sexual, percepção das normas do grupo de pares, comunicação sobre questões sexuais, experiência sexual, questões relacionadas com a utilização do preservativo e actividade sexual associada a consumos de álcool, tabaco e drogas) e conhecimentos e atitudes na área do VIH/SIDA (conhecimento dos modos de transmissão e prevenção do VIH/SIDA, fontes de informação e comunicação sobre questões relacionadas com o VIH/SIDA, percepção da vulnerabilidade face ao risco de infecção e atitude face às pessoas infectadas com VIH/SIDA).

4.2.4 Procedimento

Estudo piloto

Antes de se proceder à aplicação nacional dos questionários, realizou-se um estudo piloto do questionário nacional de modo a avaliar a aplicabilidade do questionário, a seleccionar e ajustar os itens do questionário e as instruções de resposta, entre outros. Após a análise do estudo piloto foi necessário reformular algumas questões e instruções, cumprindo contudo os requisitos do protocolo do estudo internacional HBSC.

Recolha de dados

A recolha de dados do estudo nacional realizou-se entre Março e Abril de 2002. Para cada uma das escolas seleccionadas foi efectuado um contacto telefónico, no sentido de averiguar sobre a sua disponibilidade para colaborar no estudo. Assegurada essa disponibilidade enviou-se, ao Presidente do Conselho Executivo de cada escola participante, uma carta de apresentação do estudo, uma cópia da autorização da Direcção Regional de Educação da região correspondente, um conjunto de questionários e uma carta de procedimentos a adoptar pelo professor. Estes procedimentos envolviam alguns requisitos, sendo nomeadamente, solicitado ao professor que, na sala de aula, procedesse a leitura de um texto de

apresentação do estudo e de instruções antes do preenchimento dos questionários. Esta carta informava os participantes que a resposta ao questionário de auto-preenchimento era voluntária e descrevia o procedimento para garantir o anonimato do sujeito e a confidencialidade das respostas. A duração do preenchimento do questionário foi de um máximo de 90 minutos, correspondentes a um tempo lectivo. Após a aplicação dos questionários, cada escola reenviou-os à equipa.

4.2.5 Tratamento e análise de dados

Os questionários foram digitalizados e traduzidos através do programa “Eyes & Hands – Forms”, versão 5. Os dados foram posteriormente transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 11.5), de modo a proceder-se à sua análise e tratamento estatístico.

Numa primeira fase procedeu-se a uma análise descritiva, em termos de frequências das variáveis relacionadas com os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais e também relativos ao VIH/SIDA dos adolescentes na amostra total e em função do ano de escolaridade e do género. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado com um nível de significância de 5% para a análise em função do ano de escolaridade e do género.

Analysaram-se, seguidamente, as associações entre as variáveis relacionadas com os comportamentos sexuais adoptados pelos jovens (traduzidas em duas variáveis: “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”) e cada uma das variáveis de nível individual e dos vários aspectos do contexto em que o jovem está inserido (ver descrição de variáveis, anexo 1). A relação entre as variáveis foi testada através do teste do Qui-quadrado, com um nível de significância de 5% quando as variáveis eram qualitativas. Utilizou-se também o teste T para diferença de médias de grupos independentes quando as variáveis eram quantitativas.

No estudo das variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual” foram também utilizados modelos de regressão logística, efectuando-se inicialmente uma análise univariada e, posteriormente, uma análise multivariada. Na análise multivariada foram introduzidas todas as variáveis que evidenciaram associações significativas com as variáveis dependentes na análise univariada.

4.3 Resultados

Conhecimentos, atitudes, comportamentos sexuais e questões relativas ao VIH/SIDA

Os adolescentes referem como razões para iniciar a actividade sexual “querer experimentar” (61.2%), “estar apaixonado” (56.1%), “namorar há muito tempo” (45.0%), “não querer zangar o parceiro” (26.3%), “ter consumido álcool” (18.5%) e ter “um namorado mais velho” (13.5%). Nas razões “querer experimentar” e “estar apaixonado”, apenas se verificam diferenças significativas nos adolescentes do 10º ano, com os rapazes a afirmar mais frequentemente “querer experimentar” e as raparigas “estar apaixonado”. Em relação a “namorar há muito tempo” e “não querer zangar o parceiro” são as adolescentes, de ambos os anos de escolaridade, que mais apontam estas razões. No que se refere ao “ter consumido álcool” e “ter um namorado mais velho” apenas se verificam diferenças significativas no 8º ano de escolaridade, sendo também as raparigas que mais frequentemente assinalam estas razões (Quadro 4.1).

Quadro 4.1. Percepção acerca das razões para a primeira relação sexual nos jovens segundo o ano e o género (percentagem)

		Experimentar ¹		Estar apaixonado ²		Namorar há muito tempo ³	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Amostra total		61.2	38.8	56.1	43.9	45.0	55.0
8º ano ^{a)}	Masculino	59.2	40.8	53.1	46.9	37.1	62.9
	Feminino	58.4	41.6	56.7	43.3	46.7	53.3
10º ano ^{b)}	Masculino	73.8	26.2	49.0	51.0	43.1	56.9
	Feminino	56.2	43.8	65.4	34.6	54.6	45.4

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=.15$, p=.702 (n.s.) ^{2a)} n= 2181; $\chi^2(1)=53.80$, p=.090 (n.s.) ^{3a)} n=2181; $\chi^2(1)=20.79$, p<.001
^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=53.80$, p<.001 ^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=43.46$, p<.001 ^{3b)} n=1581; $\chi^2(1)=21.05$, p<.001

Quadro 4.1 (Cont.). Percepção acerca das razões para a primeira relação sexual nos jovens segundo o ano e o género (percentagem)

		Não zangar o parceiro ⁴		Consumo de álcool ⁵		Namorado mais velho ⁶	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Amostra total		26.3	73.7	18.5	81.5	13.5	86.5
8º ano ^{a)}	Masculino	16.0	84.0	15.2	84.8	8.8	91.2
	Feminino	33.6	66.4	23.2	76.8	16.0	84.0
10º ano ^{b)}	Masculino	19.9	80.1	18.2	81.8	13.7	86.3
	Feminino	35.2	64.8	16.5	83.5	15.7	84.3

^{4a)} n=2181; $\chi^2(1)=89.18$, p<.001 ^{5a)} n=2181; $\chi^2(1)=22.76$, p<.001 ^{6a)} n=2181; $\chi^2(1)=25.91$, p<.001
^{4b)} n=1581; $\chi^2(1)=45.60$, p<.001 ^{5b)} n=1581; $\chi^2(1)=.82$, p=.365 (n.s.) ^{6b)} n=1581; $\chi^2(1)=1.15$, p=.283 (n.s.)

Quanto à tomada de decisão em relação às relações sexuais (Quadro 4.2) verifica-se que a maioria dos adolescentes (54.4%) considera que são os dois que decidem, embora uma percentagem (13.2%) refira que por vezes têm relações sexuais porque um deles insistiu. Nos dois anos de escolaridade estudados, os adolescentes do sexo masculino tendem a referir que um deles toma a iniciativa e os adolescentes do sexo feminino consideram mais frequentemente que decidem os dois ou que um deles insiste.

Quadro 4.2. Percepção acerca da tomada de decisão em relação às relações sexuais segundo o ano e o género (percentagem)

		Decidem os dois	O rapaz toma a iniciativa	Um deles insiste	A rapariga toma a iniciativa
Amostra total		54.4	28.0	13.2	4.4
8º ano ^{a)}	Masculino	47.6	33.8	10.3	8.3
	Feminino	55.5	24.7	17.1	2.7
10º ano ^{b)}	Masculino	52.0	33.1	9.7	5.2
	Feminino	63.3	20.7	14.6	1.4

^{a)} $n=2001$; $\chi^2(3)=66.86$, $p<.001$

^{b)} $n=1525$; $\chi^2(3)=55.17$, $p<.001$

Como se pode verificar pelo Quadro 4.3, os dados apontam no sentido de que a maioria dos adolescentes (50.5%) considera muito fácil recusar ter relações sexuais caso não queira, embora 27.0% dos adolescentes assinala ter dificuldades (“muito difícil”, “difícil” e “não se sente capaz”) ou não saber se tem essa competência. São os rapazes que mais frequentemente percebem menor competência para recusar ter relações sexuais e as raparigas que consideram ser “muito fácil” recusar ter relações sexuais.

Quadro 4.3. Percepção da competência para recusar ter relações sexuais segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra total		50.5	22.5	7.9	3.2	3.2	12.7
8º ano ^{a)}	Masculino	41.1	21.4	9.6	4.1	5.0	18.8
	Feminino	52.0	20.4	6.9	2.7	3.2	14.8
10º ano ^{b)}	Masculino	42.1	28.9	11.8	4.3	3.6	9.3
	Feminino	67.0	20.7	3.8	2.0	0.6	5.9

^{a)} $n=2002$; $\chi^2(5)=28.87$, $p<.001$

^{b)} $n=1520$; $\chi^2(5)=113.17$, $p<.001$

Pela análise do Quadro 4.4 verifica-se que a maior percentagem de adolescentes considera ser “muito fácil” (43.2%) ou “fácil” (21.7%) recusar ter relações sexuais se

o parceiro não quiser utilizar o preservativo, embora 35.1% dos adolescentes refira dificuldades ou “não saber” que competência tem para exercer essa opção. Apenas se verificam diferenças significativas no 10º ano de escolaridade, sendo os rapazes que percebem ter menos competência para recusar relações sexuais desprotegidas.

Quadro 4.4. Percepção da competência para recusar ter relações sexuais sem preservativo segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra total		43.2	21.7	10.4	5.0	5.7	14.0
8º ano ^{a)}	Masculino	37.3	18.9	11.6	5.5	8.6	18.1
	Feminino	40.2	20.1	9.9	5.5	5.7	18.6
10º ano ^{b)}	Masculino	41.0	25.7	13.0	5.2	5.1	10.0
	Feminino	56.1	23.3	7.3	3.7	2.9	6.7

^{a)} n=2035; $\chi^2(5)=8.45$, p=.133 (n.s.)

^{b)} n=1529; $\chi^2(5)=41.49$, p<.001

Em relação ao conversar com o parceiro sobre o preservativo, a maioria dos adolescentes considera ser “muito fácil” (38.8%) ou “fácil” (34.2%), no entanto 27.0% refere “muito difícil”, “difícil”, “não me sinto capaz” ou “não sei” (Quadro 4.5). Em ambos os anos de escolaridade, a maior percentagem de adolescentes que percebe ser “muito fácil” conversar com o parceiro sexual sobre o preservativo situa-se nos rapazes, enquanto que a maior percentagem dos que referem ser “difícil”, “muito difícil”, “não me sinto capaz” ou “não sei” encontra-se nas raparigas.

Quadro 4.5. Percepção da competência para conversar com o parceiro sexual sobre o preservativo segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra total		38.8	34.2	12.3	2.2	2.0	10.5
8º ano ^{a)}	Masculino	43.2	30.4	10.0	2.1	1.7	12.6
	Feminino	26.4	34.0	17.7	3.6	3.8	14.5
10º ano ^{b)}	Masculino	49.9	34.2	9.6	1.2	0.3	4.8
	Feminino	40.2	39.1	10.2	1.3	1.4	7.8

^{a)} n=2035; $\chi^2(5)=78.38$, p<.001

^{b)} n=1529; $\chi^2(5)=21.23$, p=.001

Relativamente ao convencer o parceiro sexual a utilizar o preservativo, 40.6% dos adolescentes considera ser “muito fácil” e 31.8% considera ser “fácil”, contudo 27.6% dos adolescentes refere dificuldades ou não sabe que competência tem (Quadro 4.6). Apenas se encontram diferenças significativas no 8º ano, verificando-

se que são os adolescentes do sexo masculino que mais consideram ser “muito fácil”, enquanto que são os adolescentes do sexo feminino que mais assinalam as categorias “muito difícil”, “difícil” e “não me sinto capaz”.

Quadro 4.6. Percepção da competência para convencer o parceiro sexual a utilizar o preservativo segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não me sinto capaz	Não sei
Amostra total		40.6	31.8	12.5	2.8	1.9	10.4
8º ano ^{a)}	Masculino	42.1	28.0	12.1	2.6	2.0	13.2
	Feminino	33.6	30.1	15.2	4.7	2.8	13.6
10º ano ^{b)}	Masculino	46.2	35.4	9.2	1.3	1.0	6.9
	Feminino	43.2	35.6	12.2	1.9	1.4	5.7

^{a)} n=2035; $\chi^2(5)=21.25$, **p=.001**

^{b)} n=1529; $\chi^2(5)=6.22$, p=.285 (n.s.)

A maioria dos adolescentes (53.9%) tem a percepção de que os jovens já iniciaram a actividade sexual (Quadro 4.7). No 8º ano de escolaridade são os rapazes quem mais considera que os jovens já tiveram relações sexuais. Não se verificam diferenças significativas no 10º ano de escolaridade.

Quadro 4.7. Percepção do início da actividade sexual segundo o ano e o género (percentagem)

		Sim	Não
Amostra total		53.9	46.1
8º ano ^{a)}	Masculino	47.5	52.5
	Feminino	42.6	57.4
10º ano ^{b)}	Masculino	65.4	34.6
	Feminino	68.1	31.9

^{a)} n=2181; $\chi^2(1)=5.27$, **p=.022**

^{b)} n=1522; $\chi^2(1)=1.29$, p=.255 (n.s.)

Os dados do Quadro 4.8 referentes às razões porque se utiliza o preservativo mostram que uma elevada percentagem de adolescentes justifica a utilização do preservativo para evitar a gravidez (89.8%), evitar o VIH/SIDA (79.7%) e evitar outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (74.5%). Em relação a estas três situações são as raparigas que mais respondem afirmativamente, contudo não se encontram diferenças significativas no 10º ano de escolaridade em relação à utilização do preservativo para prevenir a gravidez e a infecção pelo VIH/SIDA.

Quadro 4.8. Razões para utilizar o preservativo segundo o ano e o género (percentagem)

		Evitar Gravidez ¹		Evitar VIH/SIDA ²		Outras IST ³	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Amostra total		89.8	10.2	79.7	20.3	74.5	25.5
8º ano ^{a)}	Masculino	82.7	17.3	74.0	26.0	61.9	38.1
	Feminino	90.5	9.5	78.2	21.8	74.1	25.9
10º ano ^{b)}	Masculino	93.3	6.7	84.2	15.8	79.8	20.2
	Feminino	94.5	5.5	85.1	14.9	86.0	14.0

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=28.92$, **p<.001**^{2a)} n=2181; $\chi^2(1)=5.30$, **p=.024**^{3a)} n=2181; $\chi^2(1)=37.68$, **p<.001**^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=1.13$, p=.289 (n.s.)^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=.22$, p=.676(n.s.)^{3b)} n=1581; $\chi^2(1)=10.97$, **p=.001**

Embora a maioria dos adolescentes (76.3%) refira que não teve relações sexuais, 23.7% dos adolescentes afirma já ter iniciado a actividade sexual, sendo os adolescentes do sexo masculino quem mais se encontra nesta situação (Quadro 4.9).

Quadro 4.9. Início da actividade sexual segundo o ano e o género (percentagem)

		Sim	Não
Amostra total		23.7	76.3
8º ano ^{a)}	Masculino	31.6	68.4
	Feminino	10.1	89.9
10º ano ^{b)}	Masculino	35.5	64.5
	Feminino	21.6	78.4

^{a)} n=2076; $\chi^2(1)=147.91$, **p<.001**^{b)} n=1558; $\chi^2(1)=37.25$, **p<.001**

Nos dados relativos aos adolescentes sexualmente activos verifica-se que 48.2% refere ter iniciado as relações sexuais entre os 12 e os 14 anos (Quadro 4.10). Em ambos os anos de escolaridade, os rapazes referem mais frequentemente ter iniciado as relações sexuais em idades mais precoces e as raparigas em idades mais tardias.

Quadro 4.10. Idade da primeira relação segundo o ano e o género (percentagem)

		11 anos ou menos	12-14 anos	15 anos ou mais
Amostra total		17.3	48.2	34.5
8º ano ^{a)}	Masculino	31.3	59.1	9.6
	Feminino	4.9	63.1	32.0
10º ano ^{b)}	Masculino	16.8	44.8	38.4
	Feminino	0.0	24.6	75.4

^{a)} n=416; $\chi^2(2)=45.59$, **p<.001**^{b)} n=439; $\chi^2(2)=56.29$, **p<.001**

Relativamente aos adolescentes que já iniciaram a actividade sexual, os dados indicam que uma elevada percentagem (87.9%) afirma não ter tido relações sexuais por ter consumido drogas ou álcool. No entanto, 12.1% dos adolescentes responde positivamente a esta questão, sendo os adolescentes do sexo masculino que mais frequentemente afirmam a ocorrência desta situação, apesar de apenas se encontrarem diferenças significativas no 10º ano de escolaridade (Quadro 4.11).

Quadro 4.11. Relações sexuais associadas aos consumos segundo o ano e o género (percentagem)

		Sim	Não
Amostra total		12.1	87.9
8º ano ^{a)}	Masculino	16.2	83.8
	Feminino	8.4	91.6
10º ano ^{b)}	Masculino	14.2	85.8
	Feminino	4.0	96.0

^{a)} n=403; $\chi^2(1)=3.36$, p=.067 (n.s.)

^{b)} n=433; $\chi^2(1)=11.00$, p=.001

No quadro 4.12 pode verificar-se que uma grande percentagem (70.1%) de adolescentes refere ter utilizado o preservativo na última relação sexual, embora 29.9% dos adolescentes afirme não ter usado o preservativo. Relativamente a esta questão, não se encontram diferenças significativas entre géneros nos anos de escolaridade considerados.

Quadro 4.12. Uso do preservativo na última relação sexual segundo o ano e o género (percentagem)

		Sim	Não
Amostra total		70.1	29.9
8º ano ^{a)}	Masculino	68.6	31.4
	Feminino	67.9	32.1
10º ano ^{b)}	Masculino	70.9	29.1
	Feminino	73.1	26.9

^{a)} n=421; $\chi^2(1)=.02$, p=.892 (n.s.)

^{b)} n=439; $\chi^2(1)=.25$, p=.617 (n.s.)

Os dados do Quadro 4.13 indicam que 70.4% dos adolescentes afirma ter utilizado um método contraceptivo para prevenir a gravidez na última relação sexual, sendo as raparigas quem mais responde positivamente, contudo só se encontraram diferenças significativas no 10º ano de escolaridade.

Quadro 4.13. Utilização de métodos contraceptivos na última relação sexual para prevenir a gravidez segundo o ano e o género (percentagem)

		Usou	Não usou
Amostra total		70.4	29.6
8º ano ^{a)}	Masculino	61.2	38.8
	Feminino	70.9	29.1
10º ano ^{b)}	Masculino	73.1	26.9
	Feminino	82.4	17.6

^{a)} n=422; $\chi^2(1)=3.31$, p=.061 (n.s.)^{b)} n=440; $\chi^2(1)=5.11$, p=.035

Em relação à utilização da pílula na última relação sexual, para prevenir a gravidez, verifica-se que 60% dos adolescentes refere não a ter utilizado (a própria ou a parceira). Em relação à utilização do preservativo na última relação sexual, para prevenir a gravidez, verifica-se que 92.6% dos adolescentes refere tê-lo usado (o próprio ou o parceiro). Nestas questões não se encontram diferenças significativas (Quadro 4.14).

Quadro 4.14. Método contraceptivo utilizado para prevenir a gravidez na última relação sexual segundo o ano e o género (percentagem)

		Pílula ¹		Preservativo ²	
		Sim	Não	Sim	Não
Amostra total		40.0	60.0	92.6	7.4
8º ano ^{a)}	Masculino	28.9	71.1	90.0	10.0
	Feminino	32.0	68.0	91.0	9.0
10º ano ^{b)}	Masculino	47.4	52.6	94.7	5.3
	Feminino	48.8	51.2	95.1	4.9

^{1a)} n=133; $\chi^2(1)=.14$, p=.665 (n.s.) ^{2a)} n=287; $\chi^2(1)=.07$, p=.534 (n.s.)^{1b)} n=162; $\chi^2(1)=.03$, p=.668 (n.s.) ^{2b)} n=310; $\chi^2(1)=.03$, p=.490 (n.s.)

Os dados do Quadro 4.15 indicam que 45.8% dos adolescentes não considera estar em risco de se infectar pelo VIH/SIDA. Em ambos os anos de escolaridade são os rapazes que referem mais frequentemente que correm risco e as raparigas que mais vezes afirmam que não sabem se correm risco de se infectar pelo VIH/SIDA.

Quadro 4.15. Percepção da vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)				
		Não corre risco	Não sabe	Corre risco
Amostra total		45.8	34.4	19.8
8º ano ^{a)}	Masculino	45.2	31.7	23,1
	Feminino	47.7	39.5	12,8
10º ano ^{b)}	Masculino	44.3	29.6	26,1
	Feminino	45.2	35.5	19.3

^{a)} n=2054; $\chi^2(2)=43.64$, $p<.001$

^{b)} n=1539; $\chi^2(2)=15.77$, $p=.002$

Os jovens foram questionados sobre as razões que justificam a sua percepção de vulnerabilidade ao VIH/SIDA, tendo-se agrupado as respostas em dois grupos: 1) razões para não se perceberem em risco e 2) razões para se perceberem em risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Em relação às razões para não se perceberem em risco de se infectar pelo VIH/SIDA (Quadro 4.16) verifica-se que a maior percentagem de jovens refere não partilhar seringas (69.9%) e não ter iniciado a actividade sexual (58.9%), seguido de ter confiança no parceiro (20.9%), não acreditar que se possa infectar pelo VIH/SIDA (15.9%), utilizar de forma consistente o preservativo (14.5%) e considerar ser muito forte e saudável (10.2%). Em ambos os anos de escolaridade, são as raparigas que mais frequentemente referem não partilhar seringas e não ter iniciado as relações sexuais, enquanto que os rapazes afirmam mais frequentemente ter confiança no parceiro, não acreditar que se possa infectar pelo VIH/SIDA, utilizar de forma consistente o preservativo e considerar ser muito forte e saudável.

Quadro 4.16. Razões para não se sentir em risco de ser infectado pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Não partilho seringas ¹	Não tive relações sexuais ²	Tenho confiança no parceiro ³	Não acredito que fique infectado ⁴	Uso sempre o preservativo ⁵	Sou forte/saudável ⁶
Amostra total		69.9	58.9	20.9	15.9	14.5	10.2
8º ano ^{a)}	Masculino	45.5	39.8	60.1	52.2	69.3	62.6
	Feminino	54.5	60.2	39.9	47.8	30.7	37.4
10º ano ^{b)}	Masculino	45.5	41.7	57.3	59.2	61.5	69.3
	Feminino	54.5	58.3	42.7	40.8	38.5	30.7

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=12.06$, $p=.001$

^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=9.76$, $p=.002$

^{4a)} n=2181; $\chi^2(1)=3.16$, $p=.075$ (n.s.)

^{4b)} n=1581; $\chi^2(1)=12.92$, $p<.001$

^{2a)} n=2181; $\chi^2(1)=90.27$, $p<.001$

^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=32.26$, $p<.001$

^{5a)} n=2181; $\chi^2(1)=56.66$, $p<.001$

^{5b)} n=1581; $\chi^2(1)=24.13$, $p<.001$

^{3a)} n=2181; $\chi^2(1)=31.47$, $p<.001$

^{3b)} n=1581; $\chi^2(1)=16.37$, $p<.001$

^{6a)} n=2181; $\chi^2(1)=25.94$, $p<.001$

^{6b)} n=1581; $\chi^2(1)=22.58$, $p<.001$

No que diz respeito às razões apontadas para se sentirem em risco de infecção pelo VIH/SIDA, o Quadro 4.17 demonstra que os jovens referem já ter tido relações

sexuais desprotegidas (8.6%) e já ter partilhado seringas (6.1%). Em relação ao ter tido relações sexuais sem preservativo verifica-se que são os adolescentes do sexo masculino que mais frequentemente referem esta razão. No que diz respeito à partilha de seringas também são os rapazes que mais assinalam esta resposta, encontrando-se apenas diferenças significativas no 8º ano.

Quadro 4.17. Razões para se sentir em risco de ser infectado pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Já tive relações sexuais sem usar preservativo ¹	Já partilhei seringas ²
Amostra total		8.6	6.1
8º ano ^{a)}	Masculino	77.6	60.8
	Feminino	22.4	39.2
10º ano ^{b)}	Masculino	58.8	51.9
	Feminino	41.2	48.1

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=64.50$, **p<.001**

^{2a)} n=2181; $\chi^2(1)=10.61$, **p=.001**

^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=8.13$, **p=.004**

^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=.001$, p=.975 (n.s.)

Para uma análise mais detalhada, agruparam-se os jovens em dois grupos: 1) “grupo que apresenta maior risco de ser infectado pelo VIH/SIDA”, constituído pelos jovens que referem ter tido relações sexuais desprotegidas e/ou ter partilhado seringas e 2) “grupo que apresenta menor risco de ser infectado pelo VIH/SIDA”, constituído pelos jovens que afirmam não partilhar seringas, e não ter tido relações sexuais ou utilizar o preservativo em todas as relações sexuais.

O Quadro 4.18 mostra que 60.5% da amostra total de adolescentes se encontra no grupo que apresenta menor risco de ser infectado pelo VIH/SIDA, e que 12.6% da amostra total de adolescentes se encontra no grupo que apresenta maior risco de ser infectado pelo VIH/SIDA. Em ambos os anos de escolaridade, são os rapazes que se encontram mais frequentemente no grupo com maior risco de infecção pelo VIH/SIDA e as raparigas no grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Quadro 4.18. Grupo com maior risco e grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género percentagem)

		Grupo com maior risco de infecção pelo VIH/SIDA ¹	Grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA ²
Amostra total		12.6	60.5
8º ano ^{a)}	Masculino	66.0	43.3
	Feminino	34.0	56.7
10º ano ^{b)}	Masculino	55.6	43.9
	Feminino	44.4	56.1

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=28.31$, **p<.001**

^{2a)} n=2181; $\chi^2(1)=39.43$, **p<.001**

^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=16.88$, **p=.018**

^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=5.64$, **p=.004**

Em seguida, analisou-se qual a percepção do risco de infecção para cada um destes grupos. Os dados indicam que no grupo com maior risco de infecção (jovens que reportam ter tido comportamentos de risco), 31.7% dos adolescentes considera que não está em risco de se infectar e 31.9% dos jovens não sabe se corre risco. Em relação ao grupo de menor risco de infecção (jovens que não reportam ter tido comportamentos de risco) verifica-se que a maior percentagem de jovens considera que não corre risco de infecção pelo VIH/SIDA, no entanto 35.3% dos adolescentes considera que corre risco (Quadro 4.19).

Quadro 4.19. Percepção do risco de infecção para o grupo com maior risco e o grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA (percentagem)

	Percepção do risco de infecção pelo VIH/SIDA		
	Grupo "Não corro risco"	Grupo "Corro risco"	Grupo "Não sei se corro risco"
Grupo com maior risco de infecção pelo VIH/SIDA ¹	31.7	36.4	31.9
Grupo com menor risco de infecção pelo VIH/SIDA ²	49.7	35.3	15.0

1 n=3593; $\chi^2(2)=63.94$, $p<.001$
 2 n=3593; $\chi^2(2)=92.94$, $p<.001$

Os dados do Quadro 4.20 caracterizam as situações de percepção incorrecta do risco de infecção acima identificadas, nomeadamente a situação designada por "percepção incorrecta (subavaliação) da vulnerabilidade" (jovens do grupo de maior risco de infecção que consideram não estar em risco de se infectar ou que não sabem) e a situação designada por "percepção incorrecta (sobreavaliação) da vulnerabilidade" (jovens do grupo de menor risco de infecção que consideram estar em risco) de acordo com o ano de escolaridade e o género.

A maior percentagem de adolescentes que apresenta uma percepção incorrecta (subavaliação) da invulnerabilidade ao risco situa-se nas raparigas, sendo as diferenças apenas significativas no 8º ano de escolaridade. Em relação à percepção incorrecta (sobreavaliação) da vulnerabilidade ao risco, a maior percentagem encontra-se nos rapazes, em ambos os anos de escolaridade (Quadro 20).

Quadro 4.20. Percepção incorrecta do risco de infecção pelo VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Percepção incorrecta (subavaliação) da invulnerabilidade ¹	Percepção incorrecta (sobreavaliação) da vulnerabilidade ²
8º ano ^{a)}	Masculino	44.7	60.4
	Feminino	55.3	39.6
10º ano ^{b)}	Masculino	47.0	55.9
	Feminino	53.0	44.1

1^{a)} n=2054; $\chi^2(1)=4.28$, p=.0392^{a)} n=2175; $\chi^2(1)=10.87$, p=.0011^{b)} n=1539; $\chi^2(1)=.45$, p=.501 (n.s.)2^{b)} n=1574; $\chi^2(1)=4.78$, p=.029

Quanto às fontes de informação/aprendizagem que os adolescentes procuram para aumentar o conhecimento ou ver esclarecidas as suas dúvidas no âmbito do VIH/SIDA verifica-se que os programas de televisão são a principal fonte de informação, seguidos dos folhetos, dos amigos, dos pais, dos namorados, da Internet, de programas de rádio, dos irmãos, de consultas no centro de saúde, dos professores, da linha telefónica de informação e do grupo religioso ou padre (Quadro 4.21). Em relação aos programas de televisão, aos folhetos, aos amigos, aos programas de rádio e às consultas no centro de saúde verifica-se que, em ambos os anos de escolaridade, são as raparigas que mais frequentemente referem estas fontes de informação. Em relação à Internet, aos professores e à linha telefónica de informação, apenas no 8º ano se encontram diferenças significativas, sendo também as raparigas que mais frequentemente referem esta fonte de informação. Quanto ao recorrer a um padre ou grupo religioso são os rapazes que mais referem esta fonte de informação em ambos os anos de escolaridade. Não se verificam diferenças significativas nas restantes fontes de informação.

Quadro 4.21. Fontes de informação/aprendizagem sobre o VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Programas de televisão ¹	Folhetos ²	Falar com um amigo ³	Falar com os pais ⁴	Falar com namorado ⁵	Internet ⁶
Amostra total		74.0	73.0	69.2	54.6	52.2	50.6
8º ano ^{a)}	Masculino	44.9	44.0	43.4	48.1	48.0	46.8
	Feminino	55.1	56.0	56.6	51.9	52.0	53.2
10º ano ^{b)}	Masculino	44.7	43.6	43.6	47.8	47.6	47.1
	Feminino	55.3	56.4	56.4	52.2	52.4	52.9

1^{a)} n=2143; $\chi^2(1)=19.60$, p<.0012^{a)} n=2145; $\chi^2(1)=49.36$, p<.0013^{a)} n=2142; $\chi^2(1)=46.43$, p<.0011^{b)} n=1564; $\chi^2(1)=27.86$, p<.0012^{b)} n=1570; $\chi^2(1)=38.69$, p<.0013^{b)} n=1565; $\chi^2(1)=36.99$, p<.0014^{a)} n=2135; $\chi^2(1)=1.67$, p=.434 (n.s.)5^{a)} n=2133; $\chi^2(1)=.81$, p=.667 (n.s.)6^{a)} n=2144; $\chi^2(1)=10.92$, p=.0044^{b)} n=1569; $\chi^2(1)=.17$, p=.921 (n.s.)5^{b)} n=1564; $\chi^2(1)=4.69$, p=.096 (n.s.)6^{b)} n=1570; $\chi^2(1)=2.02$, p=.364 (n.s.)

Quadro 4.21 (Cont.). Fontes de informação/aprendizagem sobre o VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Programa de rádio ⁷	Falar com um irmão ⁸	Centro de Saúde ⁹	Falar com professor ¹⁰	Telefone de informação ¹	Falar grupo religioso ¹²
Amostra total		46.6	46.3	36.2	26.2	23.3	9.6
8º ano ^{a)}	Masculino	45.0	45.2	45.1	45.0	47.5	67.3
	Feminino	55.0	54.8	54.9	55.0	52.5	32.7
10º ano ^{b)}	Masculino	44.5	45.6	44.5	47.5	47.3	61.6
	Feminino	55.5	54.4	55.5	52.5	52.7	38.4

^{7a)} n=2147; $\chi^2(1)=13.59$, p=.001 ^{8a)} n=2122; $\chi^2(1)=5.71$, p=.057 (n.s.) ^{9a)} n=2148; $\chi^2(1)=36.93$, p<.001
^{7b)} n=1579; $\chi^2(1)=14.23$, p=.001 ^{8b)} n=1553; $\chi^2(1)=3.73$, p=.155 (n.s.) ^{9b)} n=1570; $\chi^2(1)=19.79$, p<.001
^{10a)} n=2136; $\chi^2(1)=8.43$, p=.015 ^{11a)} n=2144; $\chi^2(1)=7.49$, p=.024 ^{12a)} n=2128; $\chi^2(1)=40.63$, p<.001
^{10b)} n=1566; $\chi^2(1)=4.61$, p=.099 (n.s.) ^{11b)} n=1567; $\chi^2(1)=1.66$, p=.436 (n.s.) ^{12b)} n=1556; $\chi^2(1)=11.46$, p=.003

O Quadro 4.22 mostra que 53.1% dos adolescentes considera “muito fácil” conversar com os pares sobre a temática VIH/SIDA, sendo os adolescentes do sexo feminino que mais referem esta situação. Comparativamente com as raparigas, os rapazes afirmam mais frequentemente ser “muito difícil” ou “não falar” com os pares sobre o VIH/SIDA.

Quadro 4.22. Comunicação sobre VIH/SIDA com os pares segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não Falo
Amostra total		53.1	35.4	7.2	1.2	3.1
8º ano ^{a)}	Masculino	46.8	34.4	11.5	2.1	5.2
	Feminino	52.2	34.2	8.8	1.1	3.7
10º ano ^{b)}	Masculino	53.8	40.1	2.9	1.1	2.1
	Feminino	61.2	34.1	3.7	0.5	0.5

^{a)} n=2138; $\chi^2(4)=13.06$, p=.011

^{b)} n=1562; $\chi^2(4)=18.11$, p=.001

No que se refere à comunicação com os pais sobre a questão do VIH/SIDA (Quadro 4.23) verifica-se que 32.9% dos adolescentes considera ser “muito fácil” e 33.4% ser “fácil” conversar com os pais. No entanto, uma percentagem importante de adolescentes (33.7%) assinala dificuldades na comunicação ou não falar com os pais acerca deste tema.

Quadro 4.23. Comunicação sobre VIH/SIDA com os pais segundo o ano e o género (percentagem)

		Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não Falo
Amostra total		32.9	33.4	21.4	5.1	7.2
8º ano ^{a)}	Masculino	32.0	30.9	21.7	6.1	9.3
	Feminino	31.7	32.7	22.8	5.1	7.7
10º ano ^{b)}	Masculino	33.0	36.3	20.7	4.9	5.1
	Feminino	35.4	34.8	19.8	4.2	5.8

^{1a)} n=2138; $\chi^2(4)=3.44$, p=.487 (n.s.)

^{1b)} n=1562; $\chi^2(4)=2.11$, p=.716 (n.s.)

O Quadro 4.24 apresenta a percentagem de respostas correctas e incorrectas dadas pelos adolescentes a cada um dos itens apresentados sobre as formas de transmissão do VIH. Verifica-se que a “transmissão do VIH/SIDA por partilhar seringas” foi o item que obteve maior percentagem de respostas correctas (94.1%) e o “tomar pílula pode proteger uma mulher de ser infectada pelo VIH/SIDA” o item que apresentou maior percentagem de respostas incorrectas (46.4%).

Quadro 4.24. Conhecimento das formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA (percentagem)

	Respostas correctas	Respostas incorrectas
Transmissão do VIH/SIDA por partilhar seringas	94.1	5.9
Transmissão do VIH/SIDA por abraçar alguém infectado	90.6	9.4
Transmissão do VIH/SIDA de mãe infectada para bebé	89.0	11.0
Transmissão do VIH/SIDA por ter relações sexuais desprotegidas, mesmo que seja só uma vez	87.9	12.1
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada	76.0	24.0
Transmissão do VIH/SIDA através de relações sexuais desprotegidas entre um homem e um homem infectado	70.2	29.8
Transmissão do VIH/SIDA por tosse e espirros de alguém infectado	68.0	32.0
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada pelo VIH/SIDA	65.8	34.2
Transmissão do VIH/SIDA por partilhar utensílios de cozinha	53.6	46.4

Relativamente a esta questão formaram-se dois grupos: um grupo constituído pelos adolescentes que responderam correctamente a todos os itens sobre o conhecimento acerca do VIH/SIDA e outro grupo constituído pelos adolescentes que responderam incorrectamente pelo menos a um destes itens. Em seguida, compararam-se os dois grupos. Os resultados desta comparação podem ser observados no Quadro 4.25, verificando-se que apenas 21.4% dos adolescentes apresentam todas as respostas correctas. São os adolescentes do sexo feminino que apresentam uma maior percentagem de respostas correctas, ou seja, que parecem revelar maior conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus.

Quadro 4.25. Conhecimento das formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Todas as respostas correctas	Pelo menos uma resposta incorrecta
Amostra total		21.4	78.6
8º ano ^{a)}	Masculino	13.1	86.9
	Feminino	18.7	81.3
10º ano ^{b)}	Masculino	24.8	75.2
	Feminino	32.7	67.3

^{a)} $n=2157$; $\chi^2(1) = 12.49$, $p < .001$

^{b)} $n=1569$; $\chi^2(1) = 11.85$, $p = .001$

Uma percentagem elevada de adolescentes (84.8%) não conhece ninguém infectado pelo VIH/SIDA. Apenas uma pequena percentagem refere conhecer alguém amigo ou familiar infectado pelo VIH/SIDA. Encontram diferenças significativas no 8º ano de escolaridade, sendo as raparigas que mais afirmam não conhecer ninguém e os rapazes que mais referem conhecer alguém amigo ou familiar infectado pelo VIH/SIDA (Quadro 4.26).

Quadro 4.26. Conhecimento de alguém infectado pelo vírus VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)									
		Não conhece ninguém ¹		Alguém que não conhece bem ²		Conhece alguém amigo ³		Conhece alguém familiar ⁴	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Amostra total		84.8	15.2	5.1	94.9	3.4	96.6	2.9	97.1
8º ano ^{a)}	Masculino	81.5	18.5	4.3	95.7	3.8	96.2	3.9	96.1
	Feminino	85.6	14.4	5.4	94.6	3.4	96.6	2.3	97.7
10º ano ^{b)}	Masculino	87.2	12.8	5.5	94.5	2.8	97.2	2.2	97.8
	Feminino	85.7	14.3	5.3	94.7	3.5	96.5	3.0	97.0

^{1a)} n=2181; $\chi^2(1)=6.67$, p=.010 ^{2a)} n=2181; $\chi^2(1)=1.42$, p=.233 (n.s.) ^{3a)} n=2181; $\chi^2(1)=.21$, p=.646 (n.s.) ^{4a)} n=2181; $\chi^2(1)=4.75$, p=.029
^{1b)} n=1581; $\chi^2(1)=.76$, p=.383 (n.s.) ^{2b)} n=1581; $\chi^2(1)=.03$, p=.855 (n.s.) ^{3b)} n=1531; $\chi^2(1)=.72$, p=.398 (n.s.) ^{4b)} n=1581; $\chi^2(1)=.95$, p=.330 (n.s.)

A atitude face aos portadores de VIH/SIDA englobava um conjunto de cinco questões, nomeadamente se “os indivíduos infectados com VIH/SIDA deviam viver separados do resto da população”, se “deixava de ser amigo de uma pessoa infectada”, se “era capaz de frequentar uma aula ao lado de um colega infectado”, se “era capaz de visitar um amigo infectado” e se “deve ser permitido aos jovens infectados frequentar a escola”. Para a análise destas respostas foram constituídos dois grupos. Um grupo denominado por “grupo com uma atitude mais positiva face às pessoas infectadas com o vírus”, que era constituído pelos adolescentes (1) que não concordaram que os indivíduos infectados com VIH/SIDA devem viver separados do resto da população, (2) que afirmaram que não deixavam de ser amigos de uma pessoa infectada, (3) que concordaram que os jovens infectados devem frequentar a escola, (4) que assistiriam a uma aula ao lado de um colega infectado, (5) que visitariam um amigo infectado. Um segundo grupo, denominado por “grupo com atitudes menos positivas face aos portadores do VIH/SIDA”, que era constituído pelos restantes adolescentes (incluindo os adolescentes com dúvidas sobre a sua atitude).

O Quadro 4.27 indica que 48.8% dos adolescentes apresenta atitudes positivas face às pessoas infectadas com VIH/SIDA em todas as questões. A maior

percentagem de atitudes positivas encontra-se nos adolescentes do sexo feminino e a percentagem mais elevada de atitudes menos positivas face aos portadores de VIH/SIDA situa-se nos adolescentes do sexo masculino.

Quadro 4.27. Atitudes face aos portadores de VIH/SIDA segundo o ano e o género (percentagem)

		Atitudes mais positivas	Atitudes menos positivas
Amostra total		48.8	51.2
8º ano ^{a)}	Masculino	32.7	67.3
	Feminino	50.8	49.2
10º ano ^{b)}	Masculino	46.2	53.8
	Feminino	68.3	31.7

^{a)} n=2104; $\chi^2(1)=70.527$, $p<.001$

^{b)} n=1549; $\chi^2(1)=77.284$, $p<.001$

Comparou-se ainda a atitude face às pessoas infectadas com VIH/SIDA e o nível de conhecimento dos modos de transmissão do vírus (Quadro 4.28). O grupo de adolescentes que reporta atitudes mais positivas face aos portadores de VIH/SIDA apresenta uma percentagem mais elevada em “todas as respostas correctas”, parecendo apresentar um nível mais elevado de conhecimento dos modos de transmissão. O grupo com atitudes menos positivas apresenta uma percentagem mais elevada em “pelo menos uma resposta errada”, o que parece traduzir um menor conhecimento dos modos de transmissão de VIH/SIDA.

Quadro 4.28. Atitudes face aos portadores de VIH/SIDA de acordo com o nível de conhecimento dos modos de transmissão do vírus (percentagem)

	Atitudes mais positivas	Atitudes menos positivas
<u>Conhecimento dos modos de transmissão</u>		
Todas as respostas correctas	71.1	28.9
Pelo menos uma resposta incorrecta	42.6	57.4

n=3653; $\chi^2(1)=200.19$, $p<.001$

Relação entre as variáveis relacionadas com os comportamentos sexuais dos jovens e as variáveis explicativas (sócio-demográficas, pessoais, familiares, relacionadas com os pares, escola e comunidade)

Um dos objectivos da análise de dados consistia em averiguar qual a contribuição de cada variável independente nos comportamentos sexuais dos jovens. Neste sentido, procedeu-se inicialmente à análise das associações entre as duas principais variáveis em estudo “início da actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual” e as restantes variáveis explicativas (sócio-

demográficas, pessoais, familiares, relacionadas com os pares, escola e comunidade).

Os Quadros 4.29 e 4.30 apresentam as associações entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis dependentes “actividade sexual” (agrupando-se os jovens que iniciaram ou não a actividade sexual) e “utilização do preservativo na última relação sexual” (agrupando-se os jovens que utilizaram ou não o preservativo na última relação sexual). Em relação ao início da actividade sexual encontram-se associações significativas com o género ($p<.001$), a região ($p<.001$) e a nacionalidade ($p<.001$). Também se verificam diferenças significativas relativamente à idade ($p<.001$). São as raparigas que mais referem não ter iniciado a actividade sexual e os rapazes que mais afirmam ter iniciado. Os jovens da região Norte referem menos ter iniciado a actividade sexual e os jovens do Alentejo são os que mais afirmam ter tido relações sexuais. Quanto à nacionalidade verifica-se que são os adolescentes de nacionalidade não portuguesa que mais referem ter iniciado a actividade sexual. Os jovens mais velhos apresentam maior probabilidade de ter tido relações sexuais.

Em relação à utilização do preservativo na última relação sexual encontram-se associações significativas com a nacionalidade ($p<.001$), verificando-se que os jovens portugueses afirmam mais frequentemente ter utilizado o preservativo e os jovens não portugueses ter tido relações sexuais desprotegidas.

Quadro 4.29. Estudo das associações entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n_i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n_i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Género						
Masculino	1806	66.7	33.3	580	69.7	30.3
Feminino	1956	85.0	15.0	280	71.1	28.9
		$\chi^2(1)=167.28, p<.001$			$\chi^2(1)=.181, p=.671$ (n.s.)	
Região						
Norte	1586	81.0	19.0	290	74.1	25.9
Centro	1167	74.3	25.7	292	75.5	24.5
Lisboa e Vale do Tejo	662	73.9	26.1	164	64.0	36.0
Alentejo	153	65.8	34.2	49	70.8	29.2
Algarve	194	66.3	33.7	65	72.0	28.0
		$\chi^2(4)=42.61, p<.001$			$\chi^2(4)=8.34, p=.080$ (n.s.)	
Nacionalidade						
Portuguesa	3359	78.6	21.4	693	72.6	27.4
Não Portuguesa	273	55.8	44.2	117	56.4	43.6
		$\chi^2(1)= 72.15, p<.001$			$\chi^2(1)=12.53, p<.001$	

Nota: n.s.= não significativo

Quadro 4.30. Estudo da variável “idade” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

Variável “Idade”	n _i	Média (em anos)	D.P.	t	p
Actividade Sexual				16.831	<.001
Não iniciou	2772	14.94	1.253		
Iniciou	862	15.79	1.438		
Utilização do preservativo				1.677	.115 (n.s.)
Utilizou	603	15.85	1.373		
Não utilizou	257	15.67	1.540		

Nota: D.P.= desvio padrão; n.s.= não significativo

A análise das associações entre o “início da actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual” com as restantes variáveis explicativas de nível individual indica a existência de associações significativas (Quadros 4.31 a 4.36).

O grau de satisfação com a vida apresenta diferenças significativas em relação ao ter ou não iniciado a actividade sexual ($p=.013$). Os adolescentes que referem uma maior satisfação com a vida afirmam mais frequentemente não ter iniciado a actividade sexual. Encontram-se também diferenças significativas em relação ao ter ou não utilizado o preservativo na última relação sexual ($p=.003$), parecendo que o grau de satisfação com a vida é maior para os que referem ter utilizado o preservativo (Quadro 4.31). A variável “sentir-se deprimido” não evidencia diferenças significativas (Quadro 4.32).

Quadro 4.31. Estudo da variável “satisfação com a vida” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

Variável “Satisfação com a vida”	n _i	Média	D.P.	t	p
Actividade Sexual				-2.489	.013
Não iniciou	2725	7.16	1.823		
Iniciou	825	6.96	2.040		
Utilização do preservativo				2.939	.003
Utilizou	575	7.09	1.994		
Não utilizou	250	6.64	2.113		

Nota: D.P.= desvio padrão

Quadro 4.32. Estudo da associação entre a variável “sentir-se deprimido” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Sentir-se deprimido						
Nunca /raramente	1785	78.1	21.9	380	72.6	27.4
Ocasionalmente	1136	76.1	23.9	260	68.5	31.5
Frequentemente	714	75.2	24.8	171	66.7	33.3
		$\chi^2(2)=2.9, p=.234$ (n.s.)			$\chi^2(2)=2.45, p=.293$ (n.s.)	

Nota: n.s.= não significativo

No que diz respeito ao envolvimento em outros comportamentos de risco verifica-se existirem associações significativas entre a actividade sexual e a frequência de fumar ($p<.001$), de se embriagar ($p<.001$), de consumir drogas ilegais ($p<.001$), e de se envolver em lutas ($p<.001$). Os dados vão no sentido de que os adolescentes

que não iniciaram a actividade sexual reportam mais frequentemente nunca se ter envolvido nestes comportamentos e os adolescentes que já tiveram relações sexuais referem mais frequentemente envolver-se nestes comportamentos. Em relação à utilização do preservativo na última relação sexual verificam-se associações significativas com a frequência de se embriagar ($p=.001$) e de consumir drogas ilegais ($p=.009$), sendo os jovens que reportam não se ter embriagado e não ter consumido drogas os que mais referem ter utilizado o preservativo, enquanto que os jovens que afirmam ter-se embriagado e ter consumido drogas declaram mais frequentemente ter tido a última relação sexual desprotegida (Quadro 4.33).

Quadro 4.33. Estudo das associações entre as variáveis individuais relativas ao envolvimento em outros comportamentos de risco e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n_i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n_i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Frequência de fumar (último mês)						
Nunca	2768	83.2	16.8	447	67.6	32.4
Ocasionalmente	492	69.5	30.5	146	75.3	24.7
Frequentemente	467	43.3	56.7	259	70.7	29.3
		$\chi^2(2)=356.89, p<.001$			$\chi^2(2)=3.28, p=.194$ (n.s.)	
Frequência de embriaguez (último mês)						
Nunca	2505	86.3	13.7	326	74.8	25.2
Ocasionalmente	927	63.5	36.5	333	70.6	29.4
Frequentemente	281	31.7	68.3	186	59.7	40.3
		$\chi^2(2)=515.28, p<.001$			$\chi^2(2)=13.04, p=.001$	
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)						
Nunca	3122	80.3	19.7	590	71.2	28.8
Ocasionalmente	243	45.5	54.5	130	74.6	25.4
Frequentemente	71	32.4	67.6	50	52.0	48.0
		$\chi^2(2)=228.12, p<.001$			$\chi^2(2)=9.42, p=.009$	
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)						
Nunca	2541	81.7	18.3	449	69.7	30.3
Ocasionalmente	928	68.4	31.6	284	71.1	28.9
Frequentemente	234	48.9	51.1	115	67.8	32.2
		$\chi^2(2)=163.53, p<.001$			$\chi^2(2)=.446, p=.800$ (n.s.)	

Nota: n.s.= não significativo

Os resultados demonstram associações significativas entre a actividade sexual e a percepção de competências para recusar ter relações sexuais indesejadas ($p<.001$), recusar ter relações sexuais sem preservativo ($p<.001$), conversar sobre o uso do preservativo com o parceiro sexual ($p<.001$) e convencer o parceiro a usar o preservativo ($p<.001$). De um modo geral, verifica-se que os adolescentes que não iniciaram a actividade sexual referem mais frequentemente “não saber” que competências possuem nestas áreas e os adolescentes que já iniciaram a vida sexual afirmam mais frequentemente “ser fácil”, excepção apenas para a variável “recusar ter relações sexuais sem preservativo”, onde se constata que os jovens que já iniciaram a actividade sexual afirmam mais frequentemente ser “difícil”.

Verificam-se associações significativas entre a utilização do preservativo e a percepção de competências para recusar ter relações sexuais indesejadas ($p=.023$), para recusar ter relações sexuais desprotegidas ($p=.005$), para conversar sobre o preservativo ($p=.005$) e para convencer o parceiro a utilizar o preservativo ($p=.001$). Os dados vão no sentido de que os jovens que percebem ser “fácil” recusar ter relações sexuais e negociar o preservativo afirmam mais frequentemente ter utilizado o preservativo, enquanto que os que referem “não saber” que competências possuem reportam mais frequentemente não ter utilizado o preservativo na última relação (Quadro 4.34).

Quadro 4.34. Estudo das associações entre as variáveis individuais relativas às competências e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Recusar ter relações sexuais						
Fácil	2271	74.9	25.1	604	73.0	27.0
Difícil ou não é capaz	739	75.9	24.1	129	62.8	37.2
Não sei	491	88.1	11.9	72	58.3	41.7
		$\chi^2(2)=39.61, p<.001$			$\chi^2(2)=7.54, p=.023$	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo						
Fácil	2570	76.1	23.9	556	72.1	27.9
Difícil ou não é capaz	504	73.0	27.0	173	66.5	33.5
Não sei	448	85.1	14.9	62	56.5	43.5
		$\chi^2(2)=21.77, p<.001$			$\chi^2(2)=10.48, p=.005$	
Conversar com parceiro/a sobre preservativo						
Fácil	2605	71.9	28.1	715	71.9	28.1
Difícil ou não é capaz	585	87.2	12.8	72	65.3	34.7
Não sei	374	94.3	5.7	29	44.8	55.2
		$\chi^2(2)=132.05, p<.001$			$\chi^2(2)=10.75, p=.005$	
Convencer parceiro/a a usar o preservativo						
Fácil	2546	72.5	27.5	683	72.2	27.8
Difícil ou não é capaz	605	86.1	13.9	80	65.0	35.0
Não sei	364	91.6	8.4	38	42.1	57.9
		$\chi^2(2)=100.13, p<.001$			$\chi^2(2)=16.59, p=.001$	

No que diz respeito à percepção da vulnerabilidade ao risco de infecção pelo VIH/SIDA verifica-se que esta variável está associada significativamente com a actividade sexual ($p<.001$) e com a utilização do preservativo ($p=.034$). Dos adolescentes que não iniciaram a actividade sexual, a maior percentagem refere não saber se corre risco enquanto que os que tiveram relações sexuais afirmam mais frequentemente correr risco de infecção. Por outro lado, os jovens que mais reportam ter utilizado o preservativo são os que mais frequentemente percebem não estar em risco de infecção e os que mais referem não ter utilizado o preservativo são os que mais percebem “correr risco”. A variável “conhecimento

acerca dos modos de transmissão do VIH/SIDA” não evidencia associações significativas (Quadro 4.35).

Quadro 4.35. Estudo das associações entre as variáveis individuais relacionadas com o VIH/SIDA e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Percepção do risco de infecção VIH/SIDA						
Corro risco	710	70.5	29.5	215	65.6	34.4
Não corro risco	1645	76.8	23.2	370	74.6	25.4
Não sei	1238	79.9	20.1	239	66.9	33.1
		$\chi^2(2)=21.65, p<.001$			$\chi^2(2)=6.78, p=.034$	
Conhecimento sobre VIH/SIDA						
Todas as respostas correctas	779	75.7	24.3	190	70.0	30.0
Pelo menos uma incorrecta	2830	76.4	23.6	663	70.6	29.4
		$\chi^2(1)=.16, p=.687 (n.s.)$			$\chi^2(1)=.03, p=.875 (n.s.)$	

Nota: n.s.= não significativo

Verifica-se ainda existir uma relação significativa entre a idade da primeira relação sexual e a utilização de preservativo na última relação ($p<.001$), sendo que os que tiveram a primeira relação mais tardiamente referem mais frequentemente ter utilizado o preservativo e os que iniciaram as relações sexuais mais precocemente (11 anos ou menos) reportam mais frequentemente não o ter utilizado. As variáveis “relações sexuais associadas aos consumos” e “utilização da pílula para prevenir a gravidez” não evidenciam diferenças significativas (Quadro 4.36).

Quadro 4.36. Estudo das associações entre variáveis individuais “idade da 1ª relação sexual”, “relações sexuais associadas aos consumos” e “utilização da pílula para prevenir a gravidez” e a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Idade 1ª relação sexual			
Menos de 11 anos	148	48.6	51.4
12-14 anos	412	76.2	23.8
15 anos ou mais	295	77.6	22.4
		$\chi^2(2)=46.94, p<.001$	
Relações sexuais associadas aos consumos			
Sim	100	67.0	33.0
Não	736	71.1	28.9
		$\chi^2(1)=.69, p=.403 (n.s.)$	
Utilização da pílula para prevenir a gravidez			
Sim	118	70.3	29.7
Não	182	79.1	20.9
		$\chi^2(1)=2.99, p=.083 (n.s.)$	

Nota: n.s.= não significativo

Os resultados da análise das associações das variáveis em estudo com as variáveis explicativas de nível familiar são apresentados nos Quadros 4.37 e 4.38. Os dados demonstram a existência de associações significativas entre a actividade sexual e o tipo de família ($p<.001$), o grau de instrução da mãe ($p<.001$), e o conversar com os pais sobre SIDA ($p=.038$). A variável “supervisão parental”

também apresenta diferenças significativas ($p<.001$). Em relação à estrutura familiar verifica-se que os adolescentes que não iniciaram a actividade sexual reportam mais frequentemente ter uma família biparental enquanto que os adolescentes que a iniciaram referem mais frequentemente ter uma família reconstruída. Quanto ao grau de instrução da mãe, os dados apontam no sentido de que são os adolescentes cujas mães apresentam um maior grau de escolaridade que mais referem não terem iniciado as relações sexuais e os jovens cujas mães apresentam um grau de escolaridade mais baixo que mais afirmam já ter iniciado a actividade sexual. Verifica-se que os jovens que não iniciaram a actividade sexual afirmam mais vezes ser “fácil” falar com os pais sobre SIDA, enquanto que os que iniciaram as relações sexuais tendem a afirmar mais frequentemente ser “difícil” ou “não falar” com os pais. Em relação à variável “supervisão parental”, os jovens com níveis mais elevados de supervisão parental apresentam maior probabilidade de não ter iniciado as relações sexuais.

Relativamente à utilização do preservativo apenas se verifica associação significativa com o conversar com os pais sobre SIDA ($p=.006$), parecendo que os adolescentes que referem ser “fácil” reportam mais frequentemente ter utilizado o preservativo e os jovens que afirmam ser “difícil” ou “não falar” tendem a referir não ter utilizado o preservativo.

Quadro 4.37. Estudo das associações entre as variáveis familiares e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Tipo de família						
Biparental	2957	78.8	21.2	610	71.5	28.5
Monoparental	373	68.2	31.8	109	67.9	32.1
Reconstruída	213	61.9	38.1	76	63.2	36.8
Outra	219	68.8	31.2	65	69.2	30.8
		$\chi^2(3)=52.92, p<.001$			$\chi^2(3)=2.58, p=.462$ (n.s.)	
Grau de instrução da mãe						
Nunca estudou	82	53.9	46.1	37	62,2	37,8
1º ciclo (até 4º ano)	1556	75.7	24.3	365	70,4	29,6
2º/3º ciclo (até 9º ano)	1046	77.8	22.2	226	71,2	28,8
Secundário (até 12º ano)	539	77.9	22.1	115	72,2	27,8
Curso superior	474	77.9	22.1	100	68,0	32,0
		$\chi^2(4)=23.97, p<.001$			$\chi^2(4)=1.71, p=.788$ (n.s.)	
Conversar sobre SIDA com familiares						
Fácil	2449	78.5	21.5	554	73.8	26.2
Difícil ou não fala	1246	76.3	23.7	289	64.7	35.3
		$\chi^2(1)=2.58, p=.038$			$\chi^2(1)=7.63, p=.006$	

Nota: n.s.= não significativo

Quadro 4.38. Estudo da variável "supervisão parental" e as variáveis "actividade sexual" e "utilização do preservativo na última relação sexual"

Variável "Supervisão parental"	n _i	Média	D.P.	t	p
Actividade Sexual				-11.773	<.001
Não iniciou	2626	3.49	1.493		
Iniciou	808	2.71	1.708		
Utilização do preservativo				1.452	.147 (n.s.)
Utilizou	569	2.743	1.728		
Não utilizou	238	2.550	1.707		

Nota: D.P.= desvio padrão; n.s.= não significativo

Quanto aos factores relacionados com os pares encontram-se associações significativas entre o início da actividade sexual e a frequência com que vai com os amigos a discotecas ($p<.001$), a percepção do início das relações sexuais nos jovens ($p<.001$) e o conversar com os pares sobre a SIDA ($p=.049$) (Quadro 4.39). Como se pode verificar pelo Quadro 4.40, o número de noites, por semana, que sai com os amigos também apresenta diferenças significativas ($p<.001$). Os dados sugerem que os adolescentes que não iniciaram a actividade sexual tendem a afirmar sair menos à noite com os amigos e ir "raramente" a discotecas, enquanto que os já iniciaram a actividade sexual referem sair mais noites com os amigos e ir "frequentemente" a discotecas. Os adolescentes que não iniciaram a actividade sexual tendem a perceber que os seus pares também ainda não tiveram relações sexuais, enquanto que dos adolescentes que já iniciaram a actividade sexual, a maior percentagem considera que os seus pares já iniciaram as relações sexuais. Em relação ao conversar com os pares sobre SIDA verifica-se que são os jovens que não tiveram relações sexuais que referem mais frequentemente ser "difícil ou "não falar" e os que já iniciaram a actividade sexual os que mais frequentemente afirmam ser "fácil" falar sobre SIDA com os pares. Em relação à utilização do preservativo na última relação sexual verifica-se existir uma associação significativa com o frequentar discotecas ($p=.024$) e o número de noites que sai com os amigos ($p=.015$), sendo que os que utilizaram o preservativo reportam mais frequentemente sair mais à noite com os amigos e ir "frequentemente" a discotecas.

Quadro 4.39. Estudo das associações entre as variáveis relacionadas com os pares e as variáveis "actividade sexual" e "utilização do preservativo na última relação sexual"

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Conversar sobre SIDA com pessoas da mesma idade						
Fácil	3274	75.8	24.2	759	71.7	28.3
Difícil ou não fala	426	80.4	19.6	87	62.1	37.9
		$\chi^2(1)=4.30, p=.049$			$\chi^2(1)=3.48, p=.062$ (n.s.)	

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Frequência com que vai a discotecas	2149	86.7	13.3	283	65.0	35.0
Raramente	843	66.5	33.5	273	72.5	27.5
Às vezes	440	47.3	52.7	229	75.5	24.5
Frequentemente						
		$\chi^2(2)=374.44, p<.001$			$\chi^2(2)=7.45, p=.024$	
Percepção do início das relações sexuais	1997	64.7	35.3	689	71.3	28.7
Consideram que já iniciaram	1706	90.2	9.8	160	65.0	35.0
Consideram que não iniciaram						
		$\chi^2(1)=317.31, p<.001$			$\chi^2(1)=2.43, p=.119$ (n.s.)	

Nota: n.s.= não significativo

Quadro 4.40. Estudo da variável “noites, por semana, que sai com os amigos” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

Variável “Noites que sai com os amigos”	n _i	Média	D.P.	t	p
Actividade Sexual				18.380	<.001
Não iniciou	2746	.94	1.401		
Iniciou	854	2.39	2.167		
Utilização do preservativo				2.430	.015
Utilizou	597	2.53	2.157		
Não utilizou	256	2.14	2.205		

Nota: D.P.= desvio padrão

Em relação aos factores escolares (Quadro 4.41), as variáveis “capacidade escolar” ($p<.001$) e “satisfação com a escola” ($p<.001$) estão significativamente associadas com a actividade sexual. Verifica-se que os adolescentes que não iniciaram a actividade sexual consideram mais frequentemente que a sua capacidade escolar é boa, enquanto que os que já tiveram relações sexuais tendem a perceber a sua capacidade como média ou inferior à média. No que respeita à satisfação com a escola verifica-se que os adolescentes que dizem não ter iniciado a actividade sexual referem mais frequentemente gostar muito da escola e dos que já iniciaram a actividade sexual, a maior percentagem afirma não gostar. Não se encontram associações significativas entre os factores escolares e a utilização do preservativo na última relação sexual.

Quadro 4.41. Estudo das associações entre as variáveis relacionadas com a escola e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

	Actividade Sexual n=3762			Utilização do preservativo n=862		
	n _i	Não iniciou (%)	Iniciou (%)	n _i	Utilizou (%)	Não utilizou (%)
Capacidade escolar						
Boa	1495	80.0	20.0	287	67.6	32.4
Média ou Inferior à média	2236	73.9	26.1	564	71.6	28.4
		$\chi^2(1)=18.15, p<.001$			$\chi^2(1)=1.48, p=.223$ (n.s.)	
Satisfação com a escola						
Gosto da escola	2721	80.7	19.3	498	70.3	29.7
Não gosto da escola	1010	64.7	35.3	353	69.7	30.3
		$\chi^2(1)=102.33, p<.001$			$\chi^2(1)=.04, p=.852$ (n.s.)	

Nota: n.s.= não significativo

O Quadro 4.42 indica que a variável “percepção da comunidade” apresenta diferenças significativas para a variável “actividade sexual” ($p < .001$), sendo que os adolescentes com uma percepção negativa da comunidade de residência apresentam maior probabilidade de ter iniciado a actividade sexual. Não se encontram diferenças significativas entre a percepção da comunidade e a utilização do preservativo na última relação sexual.

Quadro 4.42. Estudo da variável “percepção acerca da comunidade” e as variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

Variável “Percepção acerca da comunidade”	n_i	Média	D.P.	t	p
Actividade Sexual				5,94	<.001
Não iniciou	2605	5,937	1,143		
Iniciou	793	6,244	1,307		
Utilização do preservativo				-1,72	.085 (n.s.)
Utilizou	561	6,203	1,302		
Não utilizou	232	6,379	1,330		

Nota: D.P.= desvio padrão; n.s.= não significativo

Factores associados aos comportamentos sexuais de risco

No estudo das variáveis “actividade sexual” e “utilização do preservativo na última relação sexual” foram também utilizados modelos de regressão logística, efectuando-se inicialmente uma análise univariada e posteriormente, uma análise multivariada. Na análise das regressões logísticas (modelo univariado), para as duas variáveis dependentes em estudo (ver anexo 2 e 3), mantiveram-se as associações que demonstraram ser significativas na análise do teste do Qui-quadrado. Na análise multivariada foram introduzidas todas as variáveis que evidenciaram associações significativas com as variáveis dependentes na análise univariada. Os resultados são expressos em “odds ratios” com um intervalo de confiança de 95%.

O quadro 4.43 apresenta os resultados encontrados no modelo de regressão (multivariado) para a variável “actividade sexual”. Pode-se verificar que à medida que a idade avança a probabilidade de ter iniciado as relações sexuais aumenta (ser mais velho, $OR=1.30$; IC 95%: 1.18-1.42). Ter iniciado as relações sexuais também se associa significativamente com o ser do sexo masculino ($OR=2.13$; IC 95%: 1.65-2.75), ter nacionalidade não portuguesa, ($OR=2.06$; IC 95%: 1.34-3.15), fumar (ocasionalmente, $OR=1.54$; IC 95%: 1.12-2.14 e regularmente, $OR=2.72$; IC 95%: 1.89-3.91), embriagar-se (ocasionalmente, $OR=1.43$; IC 95%: 1.09-1.87 e regularmente, $OR=2.29$; IC 95%: 1.48-3.51) e envolver-se em lutas (ocasionalmente, $OR=1.34$; IC 95%: 1.01-1.76 e regularmente, $OR=2.01$; IC

95%:1.24-3.23). Embora a variável “região” não apresente associações significativas verifica-se que ser do Alentejo (OR=1.76; IC 95%:1.06-2.95) e de Lisboa e Vale do Tejo (OR=1.37; IC 95%:.99-1.89) está significativamente associado com uma maior probabilidade de ter iniciado a actividade sexual. Em relação às variáveis relacionadas com a família pode-se verificar que quanto maior é a supervisão parental menor é a probabilidade de ter iniciado as relações sexuais (OR=.90; IC 95%:.84-.98). Apesar da variável “grau de instrução da mãe” não apresentar diferenças significativas verifica-se que uma habilitação académica superior diminui a probabilidade de iniciar a actividade sexual (OR=.41; IC 95%:.18-.94). As variáveis relativas aos pares, nomeadamente frequentar discotecas (ocasionalmente, OR=1.53; IC 95%: 1.16-2.02 e frequentemente, OR=2.02; IC 95%: 1.43-2.85) e perceber que os amigos já iniciaram a actividade sexual (OR=2.80; IC 95%:2.12-3.69), estão significativamente associadas com o início da actividade sexual. Também se verifica que à medida que aumenta o número de noites que sai com os amigos aumenta a probabilidade de ter iniciado a actividade sexual (OR=1.20; IC 95%:1.11-1.28). Em relação à satisfação com a escola, os jovens que referem não gostar da escola apresentam uma maior probabilidade (OR=1.35; IC 95%:1.05-1.74) de ter iniciado a actividade sexual.

Quadro 4.43. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “actividade sexual”

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Idade		1.295	(1.178-1.424)	<.001
Género	Feminino	1.0		<.001
	Masculino	2.127	(1.649-2.745)	
Nacionalidade	Portuguesa	1.0		.001
	Não Portuguesa	2.056	(1.341-3.154)	
Região	Norte	1.0		.137
	Centro	1.215	(.905-1.631)	.195
	Lisboa e Vale do Tejo	1.371	(.996-1.888)	.049
	Alentejo	1.764	1.055-2.949)	.030
	Algarve	1.171	(.713-1.921)	.533
Grau de satisfação com a vida		1.043	(.975-1.115)	.218
Recusar ter relações sexuais indesejáveis	Fácil	1.0		.303
	Difícil ou não é capaz	1.092	(.767-1.557)	.625
	Não sei	.696	(.408-1.189)	.185
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0		.079
	Difícil ou não é capaz	.995	(.728-1.359)	.975
	Não sei	.549	(.322-.937)	.028
Frequência de fumar (último mês)	Nunca	1.0		<.001
	Ocasionalmente	1.544	(1.115-2.138)	.009
	Fuma regularmente	2.717	(1.889-3.907)	<.001
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0		<.001
	Ocasionalmente	1.426	(1.089-1.867)	.010
	Embriaga-se regularmente	2.285	(1.488-3.510)	<.001
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0		.336
	Ocasionalmente	.729	(.474-1.119)	.149
	Consome regularmente	.763	(.334-1.741)	.521
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)	Nunca	1.0		.007
	Ocasionalmente	1.336	(1.014-1.758)	.039

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Envolve-se regularmente	2.006	(1.246-3.229)	.004
	Corre risco	1.0		.489
	Não corre risco	.951	(.705-1.282)	.741
	Não sei	.836	(.608-1.149)	.270
Conversar com os pares sobre SIDA	Fácil	1.0		.382
	Difícil ou não fala	.818	(.521-1.284)	
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0		.359
	Difícil ou não fala	1.132	(.869-1.475)	
Estrutura familiar	Biparental	1.0		.237
	Monoparental	1.288	(.885-1.875)	.185
	Reconstruída	1.455	(.914-2.315)	.114
	Outra	1.269	(.758-2.126)	.365
Grau de instrução da mãe ²	Nunca estudou	1.0		.190
	1º ciclo (até 4º ano)	.580	(.269-1.254)	.166
	2º/3º ciclo (até 9º ano)	.560	(.257-1.219)	.144
	Secundário (até 12º ano)	.479	(.214-1.071)	.073
	Curso superior	.410	(.179-.938)	.035
Supervisão parental		.903	(.835-.976)	.010
Número de noite que sai com os amigos		1.195	(.113-1.283)	<.001
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0		<.001
	Ocasionalmente	1.531	(1.161-2.020)	.003
	Frequentemente	2.019	(1.432-2.846)	<.001
Percepção do início das relações sexuais nos jovens	Consideram que não iniciaram	1.0		<.001
	Consideram que já iniciaram	2.800	(2.123-3.695)	
Satisfação com a escola	Gosta da escola	1.0		.021
	Não gosta da escola	1.348	(1.047-1.736)	
Capacidade escolar	Boa	1.0		.824
	Média ou inferior à média	.971	(.753-1.253)	
Percepção da comunidade		1.104	(.896-1.359)	.352

De forma a averiguar a existência de diferenças de género na contribuição das variáveis explicativas para o início da actividade sexual, realizou-se posteriormente uma análise com o modelo de regressão logística separado por géneros (ver anexo 4 e 5).

Verifica-se que para os rapazes ter iniciado as relações sexuais associa-se significativamente a ter nacionalidade não portuguesa, (OR=3.27; IC 95%:1.76-6.12), a fumar regularmente, (OR=1.92; IC 95%:1.11-3.32), a embriagar-se (ocasionalmente, OR=1.69; IC 95%:1.16-2.46 e regularmente, OR=3.44; IC 95%:1.95-6.07) e a envolver-se em lutas regularmente (OR=2.53; IC 95%:1.42-4.48). Em relação às variáveis relacionadas com a família pode-se verificar que o elevado grau de instrução da mãe (curso superior, OR=.27; IC 95%:.08-.87) e uma maior supervisão parental (OR=.90; IC 95%:.81-.99) estão significativamente

² No modelo de análise inicial foram incluídos simultaneamente, os graus de instrução da mãe e do pai, não se encontrando associações significativas para os dois. Foi em seguida, realizada uma análise com o grau de instrução de cada um, sendo que o do pai não evidenciou associações significativas. Optou-se assim por incluir no modelo apenas o grau de instrução da mãe, que é amplamente defendido pela literatura, como apresentando uma maior influência nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos filhos do que o grau de instrução do pai.

associadas com uma menor probabilidade de se ter iniciado as relações sexuais. Apesar da variável “estrutura familiar” não apresentar diferenças significativas, ter uma família reconstituída está significativamente associada com uma maior probabilidade de ter iniciado a actividade sexual (OR=1.99; IC 95%:1.02-3.90). Todas as variáveis relativas aos pares, nomeadamente o maior número de noites que sai com os amigos (OR=1.24; IC 95%:1.13-1.36), o frequentar as discotecas (ocasionalmente, OR=1.63; IC 95%:1.18-2.39 e frequentemente, OR=2.36; IC 95%:1.45-3.83) e o perceber que os amigos já iniciaram a actividade sexual (OR=3.09; IC 95%:2.14-4.46) estão significativamente associadas com o início da actividade sexual. Em relação à percepção da comunidade, uma percepção negativa (OR=1,50; IC 95%:1.09-2.05) aumenta a probabilidade de ter iniciado a actividade sexual.

Em relação às raparigas verifica-se que à medida que aumenta a idade aumenta a probabilidade de ter iniciado as relações sexuais (OR=1.66; IC 95%:1.42-1.94). Também se verifica que o início da actividade sexual está significativamente associado com ser da região do Alentejo (OR=2.33; IC 95%:1.04-5.22), ser de Lisboa e Vale do Tejo (OR=1.74; IC 95%:1.09-2.78), ser do Centro (OR=1.70; IC 95%:1.05-2.77), e fumar (ocasionalmente, OR=1.98; IC 95%:1.224-3.198 e regularmente, OR=4.32; IC 95%: 2.57-7.26). Em relação às variáveis relacionadas com a família pode-se verificar que pertencer a uma família monoparental, OR=2.43; IC 95%:1.45-4.07) está significativamente associado com uma maior probabilidade de ter iniciado as relações sexuais. As variáveis relativas aos pares, nomeadamente a frequência com que vai a discotecas (frequentemente, OR=2.24; IC 95%:1.30-3.87) e o perceber que os amigos já iniciaram a actividade sexual (OR=2.78; IC 95%:1.76-4.40) estão significativamente associadas com o início da actividade sexual.

O quadro 4.44 apresenta os resultados encontrados no modelo de regressão (multivariado) para a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”. Pode verificar-se que o não ter utilizado o preservativo na última relação sexual se associa significativamente com a frequência em se embriagar (regularmente, OR=2.11; IC 95%:.663-1.212), ter a primeira relação sexual em idade mais precoces, 11 anos ou menos (12-14 anos, OR=.31; IC 95%:.18-.52, e 15-16 anos, OR=.37; IC 95%:.21-.63), ser difícil ou não falar com os pais sobre SIDA (OR=1.43; IC 95%:.95-2.16). Também se verifica que quanto menor é o número de noites que

refere sair com os amigos, maior é a probabilidade de não ter usado o preservativo (maior número de noites, OR=.847; IC 95%:.95-2.16).

Quadro 4.44. Análise da regressão logística (modelo multivariado) para a variável “utilização do preservativo na última relação sexual”

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Nacionalidade	Portuguesa	1.0		.104
	Não Portuguesa	1.591	(.909 - 2.787)	
Grau de satisfação com a vida		.968	(.875 - 1.070)	.521
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0		.762
	Difícil ou não é capaz	1.165	(.730 - 1.858)	.522
	Não sei	.877	(.352 - 2.185)	.778
Conversar com parceiro/a sobre o preservativo	Fácil	1.0		.486
	Difícil ou não é capaz	1.300	(.645 - 2.621)	.463
	Não sei	2.277	(.472 - 10.999)	.306
Convencer parceiro/a a usar o preservativo	Fácil	1.0		.665
	Difícil ou não é capaz	1.313	(.678 - 2.544)	.419
	Não sei	1.364	(.366 - 5.088)	.644
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0		.012
	Ocasionalmente	1.023	(.654 - 1.600)	.922
	Embriaga-se regularmente	2.107	(1.212 - 3.663)	.008
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0		.451
	Ocasionalmente	1.057	(.610 - 1.831)	.843
	Consome regularmente	1.697	(.745 - 3.868)	.208
Idade 1ª relação sexual	11 anos ou menos	1.0		<.001
	12-14 anos	.308	(.184 - .515)	<.001
	15 anos ou mais	.365	(.213 - .625)	<.001
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Corre risco	1.0		.812
	Não corre risco	.858	(.538 - 1.368)	.519
	Não sei	.909	(.555 - 1.489)	.705
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0		.045
	Difícil ou não fala	1.434	(.951 - 2.162)	
Número de noite que sai com os amigos		.847	(.763 - .941)	.002
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0		.667
	Ocasionalmente	.895	(.565 - 1.418)	.637
	Frequentemente	.785	(.464 - 1.330)	.368

Apesar de não existirem diferenças significativas em relação ao género na utilização do preservativo na última relação sexual, realizou-se posteriormente uma análise com o modelo de regressão logística separado por géneros. Tal como era esperado não foram encontradas diferenças em relação ao modelo que incluía a amostra total.

4.4 Discussão

A discussão centra-se na análise dos principais resultados do estudo quantitativo, procurando contribuir para um maior conhecimento sobre as questões e factores associados ao conhecimento, atitudes e comportamentos relevantes para a Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes.

Os dados sugerem a existência de diferenças de género relativamente às razões que levam os jovens a iniciar a actividade sexual. De um modo geral, os adolescentes do sexo masculino apontam mais “querer experimentar” como principal motivo para iniciar a vida sexual e os do sexo feminino “estar apaixonado”. As razões como “namorar há muito tempo”, “não querer zangar o parceiro”, “ter um namorado mais velho” e “ter consumido álcool” foram mais frequentemente indicadas pelas raparigas. Estudos realizados neste âmbito sublinham que os adolescentes do sexo feminino, mais do que os do sexo masculino, tendem a referir o afecto, o compromisso e a necessidade de manter relações estáveis como motivos para ter relações sexuais (Alferes, 1997; Cláudio & Sousa, 2003; Hoppe et al., 2004; Ozer et al., 2003; Paradise et al., 2001).

No processo de tomada de decisão em relação a ter relações sexuais, a maioria dos adolescentes considera que a decisão é conjunta, embora um grupo de adolescentes (principalmente raparigas e em particular as do 8º ano de escolaridade) refira que por vezes os jovens têm relações sexuais porque um deles insiste muito. Estes resultados poderão indicar que as jovens percebem que, por vezes, as raparigas sofrem pressões dos parceiros ou apresentam capacidades limitadas para negociar o início da sua actividade sexual (Banister et al., 2003; Rosenthal et al., 2002; Shoveller et al., 2004; Sionean et al., 2002; Wingood & DiClemente, 2002).

A maior parte dos jovens percebe ter competências para recusar ter relações sexuais e para negociar a utilização do preservativo, no entanto, um grupo de adolescentes considera que tem dificuldades em fazê-lo. De um modo geral, são os adolescentes do sexo masculino que percebem mais dificuldade em recusar ter relações sexuais, resultados que podem, de alguma forma, estar associados aos padrões de género relacionados com a ideologia tradicional de masculinidade, em que é esperado que o homem seja sexualmente afirmativo e nunca recuse ter relações sexuais (Bowleg, 2004; Crawford & Popp, 2003; Tapia-Aguirre et al., 2004).

Em relação às competências para negociar a utilização do preservativo verifica-se que são as raparigas que percebem maior dificuldade. Vários estudos sugerem que a utilização do preservativo no contexto das relações heterossexuais envolve diferenças de poder e assertividade e que as adolescentes apresentam menor capacidade para introduzir e negociar a utilização do preservativo do que os seus

parceiros (Newman & Zimmerman, 2000; Sionean et al., 2002). Neste sentido, a literatura científica no âmbito das estratégias preventivas na área do VIH/SIDA coloca a ênfase na importância de capacitar as raparigas para negociar o preservativo nas relações heterossexuais (Nahom et al., 2001; Wingood & DiClemente, 2002).

Tal como tem sido defendido por outros autores, os resultados sugerem que os adolescentes mais novos poderão não ter ainda desenvolvido as competências necessárias para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis (Halpern et al., 2000; Kalichman et al., 2002; McBride et al., 2003), na medida em que são os adolescentes do 8º ano (que apresentam uma idade média inferior aos do 10º ano) que percebem mais dificuldades, quer para recusar ter relações sexuais, quer para negociar a utilização do preservativo. Este défice de competências poderá contribuir para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes aos comportamentos sexuais de risco (Murphy et al., 2001).

Dos adolescentes que não iniciaram a actividade sexual, a maior percentagem refere que “não sabe” que competências possui nestas áreas, enquanto que dos que já iniciaram as relações sexuais, a maior percentagem refere ter facilidade em todas as variáveis, excepção apenas para “recusar ter relações sexuais sem preservativo”, onde afirmam mais frequentemente ser “difícil”. A maioria dos jovens que não teve relações sexuais não parece ter a percepção de uma elevada auto-eficácia nestas competências, factor que tem sido identificado como importante para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis (Parsons et al., 2000). Dilorio e colegas (2001) chamam ainda a atenção para que nem sempre os adolescentes que têm mais competências para recusar relações são os que não iniciaram a actividade sexual, pois pode acontecer que o significado de recusar relações sexuais seja diferente para os que já iniciaram e não iniciaram, diferença esta que não foi tida em conta no presente estudo.

Em relação aos adolescentes que utilizaram o preservativo na última relação sexual, a maior percentagem afirma “ser fácil”, quer recusar relações sexuais, quer negociar o preservativo, enquanto que os que não utilizaram respondem mais frequentemente a todas as variáveis “não saber”, seguido de “é difícil ou não é capaz”. Os resultados dos modelos de regressão logística apontam no mesmo sentido, apesar de não se terem encontrado associações significativas. Os dados reforçam o pressuposto de que um défice de competências aumenta a

probabilidade dos adolescentes se envolverem em comportamentos sexuais de risco. Confirmam ainda a importância, para a adopção de comportamentos sexuais seguros, das competências para lidar com situações de pressão e recusar relações sexuais indesejadas, e das competências comunicacionais e de negociação do preservativo (Crosby et al., 2003; Fishbein & Pequegnat, 2000; Lindemann & Brigham, 2003; Magnani et al., 2005; Dias, Matos, & Gonçalves, 2005a).

Os resultados parecem confirmar que um importante grupo de adolescentes inicia a actividade sexual durante a adolescência, alguns deles em idades potencialmente precoces (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Mandara et al., 2003). A média de idades da amostra do estudo situa-se nos 15 anos e verifica-se que cerca de 23.7% dos adolescentes já iniciou a actividade sexual. A percentagem de jovens sexualmente activos é próxima dos valores encontrados no estudo levado a cabo pelo Observatório Permanente da Juventude (Cabral & Pais, 1998), em que 25% dos jovens entre os 15 e os 17 anos declarou já ter iniciado a actividade sexual.

Um indício das diferenças de género existentes é o facto da percentagem de adolescentes sexualmente activos do sexo masculino ser bastante superior à do sexo feminino, dados que parecem coincidir com outros estudos efectuados na população portuguesa (Alferes, 1997; INE, 1998). Pode-se também observar que são os jovens do 10º ano que tendem a afirmar mais frequentemente já ter iniciado a actividade sexual (Bachanas et al., 2002).

Do grupo de adolescentes sexualmente activos verifica-se que a maior percentagem iniciou as relações sexuais entre os 12 e os 14 anos, embora uma minoria declare ter tido a sua primeira experiência sexual aos 11 anos ou menos. Os jovens do 8º ano de escolaridade e os do sexo masculino são os que referem mais frequentemente ter iniciado as relações sexuais mais cedo.

Evidências empíricas apontam no sentido de que os adolescentes apresentam padrões de actividade sexual bastante diferentes dos dados menos recentes sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses, parecendo assistir-se gradualmente a uma maior precocidade da actividade sexual nos jovens e a uma convergência tendencial entre os comportamentos sexuais masculinos e femininos (INE, 1998; Lucas, 1993; Vilar, 2003). Estes dados poderão ser importantes na medida em que várias evidências sugerem que o início precoce das relações

sexuais aumenta a probabilidade de ter múltiplos parceiros ao longo da vida e de ter relações sexuais desprotegidas e, conseqüentemente, aumenta o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo VIH/SIDA, e o risco de gravidez indesejada (Carter-Jessop & Franklin, 2000; Short et al., 2003).

Relativamente à utilização do preservativo na última relação sexual, uma minoria importante (29.9%) de jovens refere não ter utilizado o preservativo. Não se encontram diferenças entre géneros nem ano de escolaridade, o que parece não ser o que acontece na maioria da literatura existente, em que os adolescentes do sexo masculino e os mais velhos tendem a reportar uma maior utilização (Claúdio & Sousa, 2003; Trani et al., 2005). Contudo, a precocidade da primeira relação sexual evidenciou associação com uma menor utilização do preservativo na última relação sexual.

Ainda em relação à utilização do preservativo, quando se compara com os jovens da década anterior em que a prevalência do uso do preservativo era apenas de 22% (Lucas, 1993), parece que a utilização do preservativo tem vindo a aumentar, tal como sugerem outros estudos mais recentes (Vasconcelos, 1998).

Os dados relativos aos comportamentos sexuais dos adolescentes nas diferentes regiões nacionais indicam que é no Alentejo que se encontra a maior proporção de jovens que refere ter iniciado a actividade sexual e no Norte a maior proporção de jovens que declara não ter iniciado as relações sexuais. Estes dados vão no mesmo sentido dos encontrados numa amostra de 1402 jovens portugueses com idades entre os 18 e 25 anos (Nodin, 2001).

A nacionalidade indicia também ser uma variável associada aos comportamentos sexuais, verificando-se que ter nacionalidade não portuguesa constitui um factor de risco, quer para o início da actividade sexual, quer para a não utilização do preservativo na última relação sexual, evidências sugeridas também por outros autores (Christopherson & Jordan-Marsh, 2004; Connell et al., 2004; DiClemente et al., 2004; Ford & Lepkowski, 2004; Howard & Wang, 2004; Locke et al., 2005) e que confirmam os resultados encontrados em investigações portuguesas (Dias et al., 2001; Dias et al., 2002; Matos, Gonçalves, Gaspar et al., 2005).

A actividade sexual parece estar associada ao consumo de álcool ou drogas para uma minoria de jovens deste estudo, sobretudo adolescentes do sexo masculino e

do 8º ano de escolaridade (Centers for Disease Control and Prevention, 2004). Esta combinação poderá aumentar a probabilidade dos jovens se envolverem em comportamentos sexuais de risco, como o início precoce da actividade sexual e as relações sexuais desprotegidas (Donnelly, Goldfarb, Ferraro, Eadie, & Duncan, 2001; Morrison et al., 2003; Poulin & Graham, 2001; Stueve & O'Donnell, 2005; Zimmer-Gembeck et al., 2004), no entanto os resultados encontrados não evidenciaram uma associação significativa entre o consumo de substâncias e a não utilização de preservativo.

Os comportamentos sexuais precoces parecem implicar uma maior vulnerabilidade para os adolescentes pelo aumento da probabilidade, quer de se envolverem em comportamentos sexuais de risco, quer de apresentarem uma menor capacidade para se proteger dos riscos a que são expostos (Kaestle et al., 2005; Kirby, 2002b).

Os comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool e de drogas ilegais e o envolvimento em situações de violência, mostraram estar associados significativamente com o início da actividade sexual, verificando-se que os adolescentes que reportam uma elevada frequência nestes comportamentos tendem a reportar já ter tido relações sexuais e não ter utilizado o preservativo. São vários os estudos que apontam para que os comportamentos de risco para a saúde tendem a ocorrer não de forma isolada, mas inseridos num conjunto mais abrangente de comportamentos problemáticos, e que provavelmente estes adolescentes se encontram numa trajectória de risco (Clark et al., 2003; French & Dishion, 2003; Talashek et al., 2004; Tremblay & Frigon, 2004; WHO, 2004b; Matos et al, 2004).

Em relação à utilização de métodos contraceptivos verifica-se que são os adolescentes do 10º ano de escolaridade e os do sexo feminino que referem maior utilização. Os adolescentes tendem a justificar a utilização do preservativo mais para a prevenção da gravidez indesejada do que para a infecção pelo VIH/SIDA (Royce & Seals, 2001; Whaley, 2000). Dos adolescentes identificados como sexualmente activos, a quase totalidade afirma ter utilizado o preservativo para prevenir a gravidez na última relação sexual, embora se constate que 40% dos adolescentes refere utilizar a pílula para prevenir a gravidez indesejada, não se encontrando diferenças significativas no género em ambos os anos de escolaridade. Estes dados poderão ser importantes pois existem evidências de que diferentes percepções de risco e a maior preocupação com a prevenção da

gravidez ou da SIDA operam na tomada de decisão dos adolescentes por meios de protecção diferentes, o que pode contribuir para que estes não adoptem comportamentos de protecção face ao VIH/SIDA (Crosby, DiClemente et al., 2002; Whaley & Winfield, 2003). Os resultados deste estudo apontam nesse sentido, embora não se tenha encontrado uma associação significativa entre a utilização da pílula e uma menor utilização do preservativo na última relação sexual.

Tal como outros estudos sugerem, um importante grupo de adolescentes não considera estar em risco de se infectar pelo VIH/SIDA (Hoppe et al., 2004; Johnson et al., 2002). Uma percentagem elevada de adolescentes não tem exemplos concretos de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, facto que poderá contribuir para o sentimento de invulnerabilidade. Em relação às diferenças de género, os dados indicam que são as raparigas que respondem mais vezes não saber se correm risco, enquanto que os rapazes assinalam mais frequentemente correr risco de se infectar pelo VIH/SIDA. Quando questionados acerca das razões subjacentes à percepção de invulnerabilidade, uma minoria relevante de adolescentes aponta razões consideradas não válidas para não se sentir em risco, nomeadamente ter confiança no parceiro, não acreditar que se possa infectar pelo VIH/SIDA, e considerar ser muito forte e saudável para se infectar (Ben-Zur, 2003; Foreman, 2003; Kershaw et al., 2003; Niccolai et al., 2003; Zwane et al., 2004).

Face aos comportamentos de risco que os adolescentes declaram adoptar, o grupo que pode ser considerado de maior risco de infecção é maioritariamente, constituído por rapazes e o grupo de menor risco, constituído por raparigas. Em relação à percepção da vulnerabilidade à infecção são os jovens que declaram já ter iniciado a actividade sexual e não ter utilizado o preservativo na última relação sexual que percebem correr maior risco. No entanto, parecem existir jovens que apresentam uma percepção incorrecta do grau de vulnerabilidade pessoal face à infecção, na medida em que a percepção de risco não é coerente com os comportamentos que referem adoptar, nomeadamente 36.4% dos adolescentes que reporta ter tido comportamentos de risco mas que não se considera em risco, 31.9% dos jovens que não sabe se corre risco apesar dos comportamentos de risco que refere ter adoptado, e 35.3% dos adolescentes que não declara ter tido comportamentos de risco, mas no entanto considera que corre risco. As raparigas mais novas (diferenças apenas significativas no 8º ano de escolaridade) tendem mais frequentemente a subestimar o risco de infecção e os rapazes a sobreavaliar a sua vulnerabilidade. Vários estudos têm demonstrado que as adolescentes do

sexo feminino reportam mais frequentemente ter relações sexuais no contexto de relações afectivas, onde existe uma tendência para idealizar o parceiro devido a sentimentos de amor e confiança que podem enviesar uma análise objectiva relativamente ao risco real de contágio (Bettinger et al., 2004; Rosengard et al., 2004).

A associação entre a percepção do risco e o envolvimento em comportamentos sexuais protectores tem sido estudada no contexto dos modelos sócio-cognitivos de comportamentos de saúde. Vários estudos defendem que a percepção de invulnerabilidade está associada a mais comportamentos de risco (Baume, 2000; Bettinger et al., 2004; Kirby, 2002b). Por outro lado, diversas investigações opoem no sentido de existir uma fraca associação entre a percepção da vulnerabilidade ao risco de infecção e a adopção de comportamentos sexuais protectores (Newman & Zimmerman, 2000; Zak-Place & Stern, 2004). Nos resultados obtidos verifica-se que a percepção da vulnerabilidade à infecção não evidencia associações significativas com a utilização de preservativo na última relação sexual. Evidências empíricas sugerem que a percepção da vulnerabilidade não é suficiente para promover a utilização do preservativo e que esta, provavelmente, envolve processos complexos como sejam atitudes, sentimentos, competências e questões associadas às relações interpessoais (Kershaw et al., 2003; Park et al., 2002).

A sobreavaliação do risco de ser infectado pelo VIH/SIDA é outro aspecto importante que pode influenciar a adopção de medidas preventivas, na medida em que, muitas vezes, este sentimento contribui para diminuir a motivação para adoptar comportamentos que reduzam efectivamente o risco de contrair o VIH/SIDA (Hardeman et al., 1997; Zak-Place & Stern, 2004).

As fontes de informação/aprendizagem que os jovens procuram para aumentar o conhecimento ou ver esclarecidas as suas dúvidas no que respeita ao VIH/SIDA são, por ordem de preferência, os programas de televisão, os folhetos, os amigos, os pais, os namorados, a Internet, os programas de rádio, os irmãos, as consultas no centro de Saúde, os professores, as linhas telefónicas de informação e o grupo religioso ou padre. À excepção do “grupo religioso ou padre” são as raparigas que mais referem ter recorrido às diversas fontes de informação. Estes dados confirmam que os adolescentes não recorrem a uma única fonte de informação, mas procuram várias fontes simultaneamente, de acordo com as funções específicas e complementares que cada uma delas assume junto dos jovens

(Hardeman et al., 1997; Pereira, 1997; Zak-Place & Stern, 2004) e que as raparigas procuram mais informação sobre a Saúde Sexual e VIH/SIDA do que os rapazes (Cláudio & Sousa, 2003; Potsonen & Kontula, 1999; Thomson, Currie, Todd, & Elton, 1999).

De um modo geral, os adolescentes da amostra em estudo conhecem as principais formas de transmissão do VIH, verificando-se que são os adolescentes do sexo feminino e os do 10º ano de escolaridade (com uma idade média superior e com maior escolaridade) que apresentam um nível mais elevado de conhecimento à semelhança dos resultados de outras investigações (Gomes, Costa, Sobrinho, Santos, & Bacelar, 2002; Matos, Battistutta et al., 2003; Robillard, 2001; UNICEF, 2002b).

Ainda em relação a esta questão, os resultados indicam que os conhecimentos correctos acerca dos modos de transmissão tendem a co-existir com falhas importantes no conhecimento (Morrison-Beedy, Carey, Aronowitz, Mkandawire, & Dyne, 2002; UNICEF, 2002b), verificando-se que um grupo de adolescentes desconhece, entre outros, que uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada, que o VIH/SIDA se pode transmitir através de relações sexuais homossexuais desprotegidas, que o VIH/SIDA não se transmite por tosse e espirros nem por partilhar utensílios de cozinha, e que a pílula não previne a infecção pelo VIH/SIDA.

Parece também existir uma sobreavaliação dos modos de transmissão do VIH através de contactos não sexuais. Vários autores sugerem que as crenças erróneas acerca de determinadas formas de transmissão tendem a estar associadas com a percepção de um elevado grau de vulnerabilidade à infecção, o que pode ter repercussões na adopção de comportamentos pouco eficazes na protecção da infecção pelo VIH/SIDA (London & Robles, 2000).

O conhecimento dos modos de transmissão do vírus não demonstrou uma associação significativa com a actividade sexual nem com a utilização do preservativo na última relação sexual, evidências semelhantes a outras investigações em que a informação e o conhecimento são factores importantes no processo de mudança comportamental, mas não suficientes para motivar os jovens para a mudança para comportamentos sexuais saudáveis (Tapia-Aguirre et al., 2004).

Em relação às atitudes face aos portadores de VIH/SIDA, o estudo evidencia que menos de metade dos adolescentes apresenta em todos os itens atitudes positivas. Os adolescentes do sexo masculino e os do 8º ano de escolaridade são os que mais representam o grupo com atitudes menos positivas, enquanto que os do sexo feminino e os do 10º ano são os que mais frequentemente apresentam atitudes positivas.

Neste estudo, o grau de conhecimento sobre os modos de transmissão e de prevenção parece ter impacto nas atitudes dos adolescentes face aos portadores de VIH/SIDA. Os resultados mostram que os jovens que apresentam um nível mais baixo de conhecimento apresentam atitudes menos positivas, e sugerem que um conhecimento elevado está associado a atitudes menos discriminatórias em relação aos portadores de VIH/SIDA, evidências também encontradas noutros estudos (Herek, Capitanio, & Widaman, 2002; Schiff et al., 2003).

Em relação à variável “satisfação com a vida” pode verificar-se que os adolescentes que referem uma maior satisfação com a vida afirmam mais frequentemente não ter iniciado a actividade sexual e os que já iniciaram, ter utilizado o preservativo na última relação sexual, embora não se tenha encontrado associações significativas ao nível da análise multivariada. Vários autores sugerem que a existência de problemas no desenvolvimento psicológico do adolescente poderá constituir um antecedente da actividade sexual precoce (Hacker et al., 2000; Hallfors et al., 2004; Kaltiala-Heino et al., 2003; Oxley, 2001).

As variáveis relacionadas com os factores familiares parecem funcionar como factores ligados quer à protecção, quer ao risco, parecendo esta influência ser maior para o início da actividade sexual do que para a utilização do preservativo. Neste estudo, vários factores familiares parecem exercer uma influência protectora importante em relação ao início precoce das relações sexuais, nomeadamente uma família biparental, uma comunicação positiva entre pais e filhos sobre VIH/SIDA, um elevado grau de instrução da mãe, e uma elevada supervisão parental, apresentando estes dois últimos factores associações significativas ao nível multivariado. No caso específico dos rapazes, ter uma família reconstruída surgiu como factor ligado ao risco enquanto que uma elevada supervisão parental e um grau de instrução da mãe superior surgiram como factores ligados à protecção. Para as raparigas, ter uma família monoparental surgiu como factor ligado ao risco.

Os dados obtidos vão ao encontro de outros estudos que sugerem que os adolescentes com famílias monoparentais e reconstruídas tendem a se tornar sexualmente activos em idades mais precoces do que os jovens que provêm de famílias biparentais. Contudo, várias investigações apontam no sentido de que o contexto familiar, nomeadamente a qualidade da relação e a comunicação entre pais e filhos, apresenta uma maior influência nos comportamentos sexuais adoptados pelos jovens do que a estrutura familiar (Calhoun & Friel, 2001; Dei et al., 2004; Lammers et al., 2000; Langille & Curtis, 2002; Parera & Suris, 2004). Também um elevado nível educacional dos pais, e em particular o da mãe, tem sido referido como estando associado com o início mais tardio das relações sexuais (Mandara et al., 2003; McNeely, Shew et al., 2002; Rosenthal et al., 2001).

Uma investigação realizada por Borawski et al. (2003), a 692 adolescentes com uma média de idades de 15.7 anos, analisou a influência da percepção do controlo e supervisão parental, da relação de confiança e do tempo não supervisionado passado com os pares nos comportamentos de risco para a saúde nos jovens e obteve resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Estas variáveis mostraram estar relacionadas significativamente com o envolvimento em comportamentos de protecção ou de risco, quer na actividade sexual, quer no consumo de álcool e drogas. O tempo passado com os amigos funcionou como factor de risco para os adolescentes de ambos os sexos. No entanto, os resultados demonstraram existir diferenças de género ao nível dos factores parentais, sendo que para os rapazes, a supervisão parental demonstrou ser um factor de protecção, enquanto que para as raparigas, o factor de protecção encontrado para os mesmos comportamentos de risco foi a percepção de uma relação de confiança, não se encontrando influência da supervisão parental nos seus comportamentos (Borawski et al., 2003).

A comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade tem sido associada com o início da actividade sexual mais tardio e com atitudes e comportamentos sexuais mais responsáveis (DiClemente et al., 2001b; Hutchinson et al., 2003; Karofsky et al., 2001; S. McKay, 2003; Talashek et al., 2003). Os resultados do estudo relativos à comunicação entre pais e filhos sobre o VIH/SIDA mostram que a maioria dos adolescentes afirma estar à-vontade a conversar sobre esta questão, embora um grupo importante de adolescentes percepcione dificuldades na comunicação ou refere que não fala com os pais acerca deste tema, o que está de acordo com outras investigações sobre esta temática (Hacker et al., 2000; Meschke et al., 2002;

Park et al., 2002). A facilidade de diálogo com os pais sobre VIH/SIDA foi o único factor parental que demonstrou uma associação significativa com a utilização do preservativo, dados que reforçam a preocupação com os adolescentes que referem dificuldades de comunicação. No modelo de regressão logística, os resultados ao nível da comunicação entre pais e filhos sobre o VIH/SIDA não foram significativos para o início da actividade sexual. No entanto, as conclusões devem ser cautelosas pois vários autores chamam a atenção para a complexidade desta temática e apontam para a necessidade de se estudar a comunicação na área específica da sexualidade, aspecto não contemplado no presente estudo (Hansen et al., 2004; Vilar, 2003).

Os factores relacionados com os pares parecem apresentar uma influência determinante nos comportamentos sexuais dos jovens. Os jovens sexualmente activos percebem mais frequentemente que os pares já iniciaram a actividade sexual, enquanto que os que ainda não tiveram relações sexuais tendem a referir que os pares também não iniciaram a actividade sexual (Bachanas et al., 2002; Ben-Zur, 2003; Cerwonka et al., 2000; Prinstein et al., 2003). Estes dados reforçam a ideia de que os pares poderão constituir, através de várias formas, uma importante fonte de influência, quer protectora, quer de risco (Ardelt & Day, 2002; Dilorio et al., 2001; Kirby, 2001). Este estudo não permite contudo, retirar conclusões acerca de como ocorre o processo de influência dos pares nas atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes.

Em relação à comunicação entre pares sobre o VIH/SIDA observa-se que a maioria afirma “ser muito fácil” conversar sobre estas temáticas. Em termos de diferenças de género verifica-se que, comparativamente com as raparigas, os rapazes referem mais frequentemente “ser muito difícil” ou “não falar” com os pares sobre o VIH/SIDA. Os adolescentes sexualmente activos são os que mais frequentemente referem “ser fácil” falar com os pares e os que não iniciaram as relações sexuais são os que mais afirmam “ser difícil ou não falar”.

Vários estudos sublinham que os jovens tendem a sobrestimar a actividade sexual na adolescência (Orrell-Valente, Valente, & Halpern-Felsher, 2005; Roberts, Oyun, Batnasan, & Laing, 2005). Os dados obtidos apontam também nesse sentido pois verifica-se que mais de metade dos adolescentes considera que os jovens já tiveram relações sexuais, quando na realidade apenas 23.7% dos adolescentes refere já ter iniciado a actividade sexual. A percepção de que os jovens já iniciaram

a actividade sexual poderá funcionar como um factor de risco na medida em que os pares poderão actuar como fortes agentes de pressão se os jovens tenderem a comportar-se no sentido da aceitação das normas implícitas ou explícitas do grupo. Neste contexto, torna-se fundamental intervir nas normas de influência social para que o grupo de pares se influencie mutuamente em comportamentos de saúde, e em particular na área da Saúde Sexual (Reininger et al., 2005).

O relacionamento com os pares, em determinados contextos sociais, poderá ser facilitador do início da actividade sexual. Assim, sair com os amigos à noite e estar com os amigos em discotecas surgiram como factores ligados ao risco para o início da actividade sexual, na medida que os jovens que indicam sair um elevado número de noites por semana com os amigos e ser frequente ir a discotecas apresentam uma maior probabilidade de já ter iniciado a actividade sexual do que os jovens que referem mais frequentemente ser raro sair com os amigos à noite e estar com os amigos em discotecas.

A utilização do preservativo na última relação sexual apresentou uma associação significativa com o estar com os amigos em discotecas, verificando-se um dado curioso na medida em que os que reportam ter frequentado menos as discotecas apresentam uma maior probabilidade de não ter utilizado o preservativo na última relação sexual.

Os factores relacionados com a escola surgiram como factores que poderão exercer influência nos comportamentos sexuais de risco. Inúmeros estudos apontam para que os adolescentes que percebem ter uma elevada capacidade escolar e referem um sentimento positivo face à escola tendem a iniciar a actividade sexual mais tarde (Crosnoe et al., 2002; Garwick et al., 2004; Kirby, 2002a; Sulak, 2004; Talashek et al., 2003). Referem ainda que os jovens com fraco desempenho escolar e que reportam pouco envolvimento escolar apresentam maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, nomeadamente início precoce da actividade sexual e menor utilização do preservativo (Baumer & South, 2001; Bonell et al., 2005; Garwick et al., 2004; Santelli et al., 2004; Sather & Zinn, 2002; Taylor-Seehafer & Rew, 2000). Os resultados obtidos são coincidentes com estes estudos, embora apenas para a variável actividade sexual, não se tendo encontrado associações significativas com a utilização do preservativo.

A escola (principalmente um sentimento positivo em relação ao ambiente escolar) poderá assim influenciar positivamente os comportamentos, embora o ambiente escolar só por si possa não ter o efeito pretendido na mudança para atitudes e comportamentos sexuais seguros, se a informação sobre as questões da sexualidade e as mensagens preventivas não forem transmitidas e integradas no contexto afectivo e cognitivo dos adolescentes e desenvolvidas de forma a envolver activamente os principais visados.

A literatura refere que as características da comunidade de residência, nomeadamente as questões ligadas à organização, segurança e contexto social e cultural que a caracterizam, introduzem vários factores que podem ter impacto pois potenciam ou limitam as oportunidades por escolhas saudáveis na área dos comportamentos sexuais, o acesso aos serviços de saúde e as expectativas de um futuro associado ao bem-estar e desenvolvimento pessoal e social (Biglan et al., 2003; Gonçalves et al., 2003; Kirby, 2001; La Greca et al., 2001; Ramirez-Valles et al., 2002; Roche, Ellen & Astone, 2005). Os dados deste estudo apontam neste sentido, atendendo a que os adolescentes com uma percepção mais positiva do seu local de residência apresentam maior probabilidade de não ter iniciado a actividade sexual, enquanto que os que têm uma percepção mais negativa apresentam maior probabilidade de ter iniciado as relações sexuais. A influência dos factores comunitários parece maior para os adolescentes do sexo masculino. Em relação à utilização do preservativo, embora a associação não seja significativa, verifica-se uma menor utilização do preservativo para os adolescentes com percepções menos positivas da comunidade.

CAPÍTULO 5 - ESTUDO QUALITATIVO

O conhecimento dos factores e processos subjacentes aos comportamentos sexuais dos jovens é essencial ao desenvolvimento de políticas e ao planeamento de acções de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA. Reconhece-se, contudo, a complexidade subjacente às questões da sexualidade, podendo a complementaridade encontrada na utilização de diferentes metodologias funcionar como uma estratégia para aumentar o conhecimento e a compreensão nesta área. Neste contexto, procurou-se desenvolver um estudo que permitisse uma visão mais aprofundada, dinâmica e contextualizada das questões relativas aos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais na adolescência contempladas no estudo quantitativo.

5.1 Objectivos do estudo

O estudo qualitativo tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre as questões da sexualidade, dos comportamentos sexuais e da prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes. Assim, pretende-se:

- Conhecer as percepções dos jovens em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas sexuais que são relevantes para o VIH/SIDA, tendo em conta as diferenças de género e de localização geográfica (regiões);
- Descrever e interpretar os factores de risco e de protecção individuais e do contexto ecológico (familiares, pares, escolares e comunitários) em relação às questões da sexualidade dos jovens;
- Compreender a dinâmica dos processos que medeiam (limitam ou favorecem) a adopção de comportamentos sexuais saudáveis e de risco relevantes para a infecção pelo VIH/SIDA.

5.2 Método

5.2.1 Grupo Focal (“Focus Group”)

No estudo qualitativo utilizou-se o método dos grupos focais (“focus groups”) ou grupos de discussão centrados num tema.

O grupo focal envolve um pequeno grupo de pessoas com determinadas características, onde os participantes discutem sobre um determinado tema que lhes é proposto pelo moderador (Fern, 2001; Krueger & Casey, 2000; Morgan, 2001). O principal objectivo do grupo focal é explorar experiências pessoais, crenças, atitudes e sentimentos subjacentes a um determinado comportamento. Este método é considerado bastante útil para compreender conceitos, modelos e padrões de vocabulário e pensamento de uma determinada população inserida num contexto social (Barbour & Kitzinger, 1999; Goldman & Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Rich & Ginsburg, 1999). Estudos anteriores têm demonstrado que este método permite obter informação não apenas sobre o comportamento individual mas também sobre os factores sociais, culturais e políticos que o influenciam (Dias et al., 2001; Dias et al., 2002; Goldman & Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Krueger & Casey, 2000).

Uma das vantagens deste método resulta da interacção que se estabelece entre os participantes (Kidd & Parshall, 2000; Warr, 2005). Esta interacção permite ao investigador/moderador analisar como o indivíduo constrói a sua realidade psicossocial e dar relevância às diferentes perspectivas equacionadas pelos participantes como se elas ocorressem numa rede social real (Green & Thorogood, 2004). A natureza interactiva pode ainda ser produtiva na medida em que os desacordos e contradições, que surgem na discussão, levam a que os indivíduos sejam conduzidos a elaborar os seus próprios pontos de vista e opiniões e, conseqüentemente, a fazer uma análise crítica mais profunda aos seus comentários e aos dos outros membros do grupo (Krueger & Casey, 2000; Wilkinson, 1998). Por outro lado, a dinâmica de grupo convida os participantes a se envolverem na discussão, em vez de dirigirem as suas respostas e comentários para o investigador, o que leva à diminuição das barreiras entre os participantes e o moderador e a eliminação de muitas das atitudes defensivas que algumas questões possam colocar (Hyde, Howlett, Brady, & Drennan, 2005).

Neste método, os participantes não funcionam apenas como objecto de estudo nem são dadores passivos de informação (Krueger & Casey, 2000). O grupo focal dá prioridade ao que os indivíduos hierarquizam como mais importante e potencia a sua capacidade para direccionar a conversação segundo os seus interesses. Permite também aceder à linguagem e aos modelos cognitivos, emocionais e sociais dos participantes, mas também aos processos de produção desses significados, percepções, atitudes e acções que os envolvem (Hyde et al., 2005;

Morgan, 2001). Quando um grupo focal é bem conduzido, os participantes trabalham em paralelo com o investigador, levando a discussão para novas e inesperadas direcções. A dinâmica do grupo pode activar respostas e proporcionar tomadas de consciência relativamente às experiências e crenças com elas relacionadas permitindo que questões que não foram antecipadas pelos investigadores sejam colocadas, o que não aconteceria se a discussão fosse guiada apenas pelas hipóteses e interpretações do investigador (Rich & Ginsburg, 1999).

Contudo, a interacção no grupo pode influenciar os dados recolhidos de duas formas distintas. Por um lado, o grupo focal tende a facilitar a abertura e a partilha de experiências pessoais entre os participantes, sentindo-se os indivíduos mais confortáveis a expressar as suas opiniões no contexto de grupo do que em privado (Morgan, 2001; Zwane et al., 2004). Por outro, a interacção pode resultar numa das limitações deste método, tendo em conta o efeito que o grupo tem nas contribuições individuais. O contexto de grupo pode levar a que o indivíduo se sinta inibido ou constrangido e restrinja a informação pessoal ou “confidencial”, bem como pode silenciar as opiniões que são discordantes das da maioria do grupo, dada a natureza de exposição inerente ao método. Outra das limitações reside na maior probabilidade das respostas dos participantes serem devido a um viés derivado da pressão para o conformismo com as normas do grupo ou a uma necessidade de se auto-apresentar de uma forma socialmente desejável (Crossley, 2002; Kidd & Parshall, 2000).

Os grupos focais têm sido utilizados no contexto das ciências sociais e de saúde, e em particular nas questões relacionadas com a investigação na área dos comportamentos de saúde (Kitzinger, 2000; Linhorst, 2002; Lobdell, Gilboa, Mendola, & Hesse, 2005; Peterson-Sweeney, 2005). No contexto da promoção e educação para a saúde, este método pode ser um meio eficaz para se chegar às significações, aos sistemas de crenças ou perspectivas que estão subjacentes à adopção ou não de determinado comportamento, sendo particularmente eficaz na identificação de obstáculos que impedem ou desencorajam os indivíduos a aderir a determinados comportamentos de saúde (Green & Thorogood, 2004; Marcell et al., 2003).

Na área da sexualidade e prevenção do VIH/SIDA, vários estudos têm utilizado o método dos grupos focais, nomeadamente na investigação sobre comportamentos

sexuais de risco no âmbito do VIH/SIDA (Frith, 2000; Hoppe et al., 2004), tomada de decisão na área da sexualidade (Banister et al., 2003), informação e comunicação sobre sexualidade (Lesch & Kruger, 2005), utilização do preservativo (De Visser, 2004), papel dos meios de comunicação no âmbito do VIH/SIDA (Skinner et al., 2003; Werner-Wilson et al., 2004), serviços de saúde adequados aos adolescentes (DiCenso et al., 2001; Pearson, 2003) e avaliação na área da educação sexual (Holzner & Oetomo, 2004; Muturi, 2005; Royce & Hudson, 2003), entre outros.

A utilização dos grupos focais neste trabalho teve em conta a natureza do problema em estudo. Uma das motivações para a escolha deste método relacionou-se com o facto de se pretender recolher informações sobre a forma como os adolescentes percebem as questões relacionadas com o tema em estudo e explorar os significados e os processos de acordo com as suas próprias perspectivas (Hoppe et al., 2004; Zwane et al., 2004). Outro aspecto esteve relacionado com o facto da sexualidade e da problemática do VIH/SIDA serem construídas com base na combinação de elementos subjectivos individuais e estruturas sociais, económicas e culturais e os seus significados serem originados no contexto de interacções sociais (Hollander, 2004; Parker, Easton, & Klein, 2000). Assim, o pressuposto de que os significados atribuídos na área da sexualidade e a percepção dos comportamentos de risco e de protecção relevantes para a infecção pelo VIH/SIDA são ambos individuais, mas também colectivos, fez optar por um método que proporcionasse um contexto para explorar e clarificar de que forma as posições individuais se relacionam com as perspectivas do grupo e de que forma o “colectivo” é expresso não como um padrão fixo, mas como uma interacção entre as duas perspectivas. Por outro lado, o grupo focal permite analisar o comportamento e qual o impacto do contexto sócio-cultural nesse comportamento (Frith, 2000; Robinson, 1999).

Outro aspecto considerado foi o facto das questões da sexualidade serem consideradas sensíveis (Farquhar, 1999; Hyde et al., 2005). Vários estudos sugerem que o grupo focal é um bom método para abordar tópicos sensíveis pois, como é facilitador de um relacionamento relativamente espontâneo entre os participantes, pode trazer consigo uma oportunidade de estabelecer relações de alguma intimidade, permitindo aos participantes falar de temas sensíveis e libertando inibições que de outra forma não se sentiriam capazes. Por outro lado, os participantes podem fornecer suporte na expressão de sentimentos ou experiências

comuns e frequentemente os indivíduos mais desinibidos encorajam os participantes mais tímidos a partilhar as suas ideias (Kitzinger, 2000).

Assim, adoptou-se este método no sentido de melhor compreender as múltiplas variáveis que contribuem para os complexos e muitas vezes contraditórios significados de crenças, atitudes, estilos de vida e comportamentos sexuais de risco e protecção relacionados com o VIH/SIDA construídos num contexto de elementos sociais, económicos e culturais que caracterizam a realidade específica em que os indivíduos estão inseridos.

Alguns aspectos do planeamento e condução dos grupos focais são relevantes para salvaguardar e maximizar a qualidade dos dados recolhidos (Côté-Arsenault, 2005). Relativamente às questões mais práticas acerca da utilização do grupo focal, a literatura é extensa (Goldman & Schmalz, 2001; Hyde et al., 2005; Krueger & Casey, 2000; Morgan, 2001; Patton, 2002). A seguir, apresentam-se as principais opções metodológicas no delineamento e condução dos grupos focais, tendo em conta a pesquisa bibliográfica realizada.

Barbour e Kitzinger (1999) salientam que a representatividade estatística não é objectivo do método do grupo focal. Neste sentido, a escolha do número de grupos para um determinado estudo não tem de ser exaustiva e depende fortemente das condições logísticas (tempo e recursos humanos e técnicos) para a recolha e análise de dados. Tal como a maioria das investigações que optam por este método, o interesse deste estudo não foi o de procurar generalizações, mas sim explorar os pontos de vista dos participantes acerca dos seus conhecimentos, atitudes e práticas sexuais relevantes para o risco de infecção pelo VIH/SIDA nas relações heterossexuais e obter dados acerca do modo como estes pontos de vista são construídos.

A literatura refere que o número de participantes dos grupos focais é variável dependendo do objectivo com que o grupo é constituído, sendo no entanto aconselhável a constituição de grupos entre 6 a 12 participantes (Beyea & Nicoll, 2000). Vários autores sugerem que quando o tema em discussão é do interesse dos participantes e estes se sentem extremamente envolvidos na discussão, como era caso deste estudo, é preferível constituir pequenos grupos de forma a todos os elementos terem oportunidade de participar na discussão, tornando-a mais rica e completa (Morgan, 2001; Seal, Bogard, & Ehrhardt, 1998).

Os participantes são seleccionados com base em critérios que são relevantes para o tema a estudar (Krueger & Casey, 2000). Na temática da sexualidade, a constituição de grupos homogéneos no que diz respeito às características sócio-demográficas, como a idade, o género e o nível sócio-económico é, em geral, recomendada (Hyde et al., 2005). A homogeneidade sócio-demográfica dos participantes pode ser facilitadora da comunicação dentro do grupo e não se traduz, na maioria das vezes, em homogeneidade nas atitudes, crenças e comportamentos. A formação de grupos com participantes que já se conhecem é referida por vários autores como benéfica na medida em que a dinâmica do grupo emerge naturalmente e as redes sociais pré-estabelecidas facilitam o nível de intimidade para a discussão de tópicos sensíveis (Farquhar, 1999; Kitzinger, 2000).

O local onde se desenvolve o grupo focal deve ser neutro face aos participantes, confortável e convidativo à participação activa. Os participantes devem estar sentados de forma a que todos se vejam pois esta posição favorece a dinâmica de grupo.

Neste método, o papel do moderador é bastante importante, sendo necessário reconhecer o impacto do investigador em todo o processo de recolha de informação (Côté-Arsenault, 2005; Kidd & Parshall, 2000; Morgan, 2001). O desafio do moderador consiste em envolver os participantes de forma a estes se sentirem suficientemente confortáveis para partilhar com o grupo o que pensam e sentem acerca de uma determinada temática. O moderador deverá criar condições de empatia e saber despertar a confiança dos participantes, quer em si próprio, quer no processo e na utilização correcta dos resultados. O papel do moderador é essencialmente o de ser facilitador do processo, mantendo a discussão dentro do previsto, focalizando o grupo no tema quando preciso e obtendo a maior quantidade e qualidade possível de informação.

A atitude do moderador influencia, em muito, a qualidade da informação que se obtém das discussões dos grupos. Este deve estar treinado para reduzir a sua influência em termos das expectativas produzidas, recebendo com naturalidade as diferentes opiniões, sem entrar em conflito ou pretender influenciar. A discussão não deve ter uma estruturação demasiado rígida, sendo importante que atenda à dinâmica e prioridades de cada grupo, mas permitindo aprofundar e detalhar as questões de investigação (Kitzinger, 2000). Farquhar (1999) argumenta ainda que o estilo do moderador em grupos focais sobre temas sensíveis é crucial. Este autor

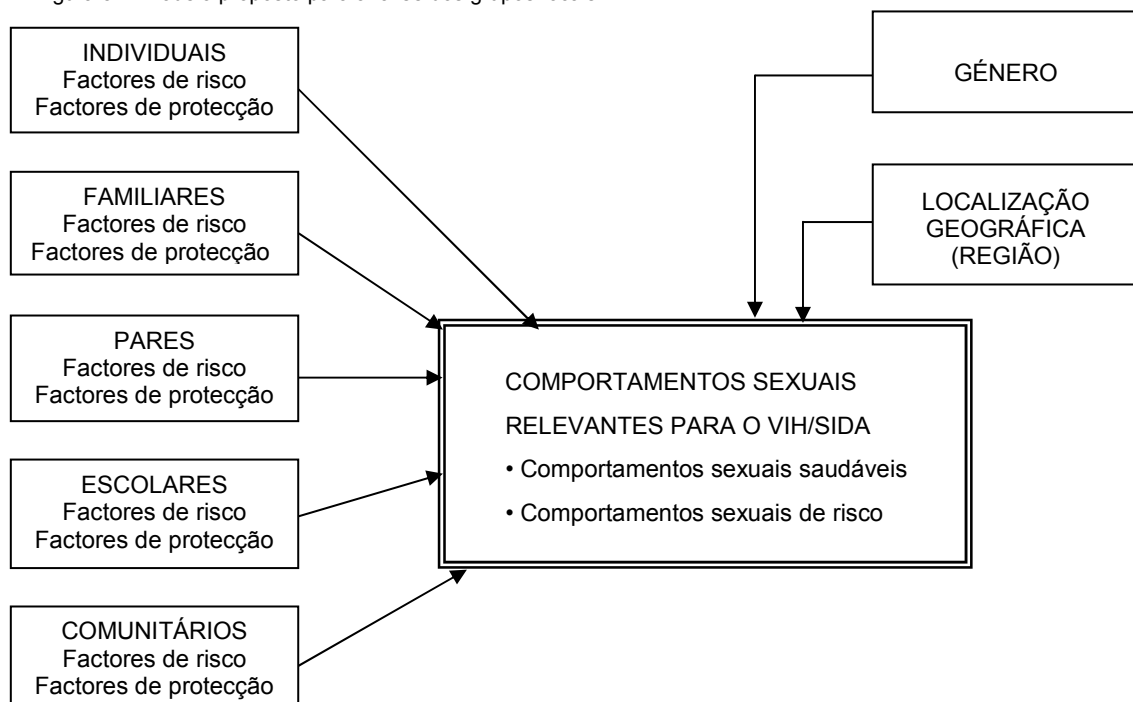
sugere que não se deve marginalizar determinados tópicos mais sensíveis, mas que as discussões devem ser mantidas por vontade dos participantes e não do investigador. Para salvaguardar este aspecto, as questões foram formuladas de forma a não implicar directamente nenhum participante, mas sem impedir os participantes de intervir caso o pretendessem fazer.

5.2.2 Modelo do estudo

Com base numa perspectiva ecológica, desenvolvimental e comportamental criou-se um modelo para servir de base à análise dos grupos focais, integrando o contributo de vários modelos, como o modelo ecológico, o modelo ecológico-comportamental e os vários modelos sócio-cognitivos de mudança de comportamentos aplicados ao VIH/SIDA, anteriormente referidos.

O modelo de compreensão proposto pressupõe que os adolescentes estão expostos a vários factores ligados à protecção e ao risco distribuídos por diferentes aspectos do contexto ecológico em que estão inseridos (Figura 5.1). Na presente análise pretende-se compreender como os factores protectores e de risco de ordem individual, familiar, interpessoal (factores relacionados com os pares), escolar e comunitária contribuem para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco. Pressupõe-se que o género e a localização geográfica das várias escolas contribuem para a existência de diferenças entre os jovens nos temas em estudo.

Figura 5.1. Modelo proposto para análise dos grupos focais



5.2.3 Amostra

No estudo qualitativo foi utilizada uma amostra constituída por 72 adolescentes de escolas públicas do ensino regular, sendo 36 jovens do sexo feminino e 36 jovens do sexo masculino. Apenas se seleccionaram adolescentes do 10º ano de escolaridade para aumentar a probabilidade de encontrar participantes envolvidos em relacionamentos entre pares do tipo afectivo ou sexual.

Os grupos focais foram realizados em seis escolas situadas em diferentes regiões do país, Norte, Lisboa e Vale do Tejo, e Alentejo, mais especificamente, duas escolas no Porto (Escola Secundária Garcia de Orta e Escola Secundária com 3º ciclo do Cerco), duas escolas em Lisboa (Escola Secundária da Cidade Universitária e Escola Secundária D. Diniz), uma escola em Beja (Escola Secundária Diogo de Gouveia) e uma em Évora (Escola Secundária André de Gouveia), procurando abranger uma maior diversidade em termos de características sócio-demográficas dos participantes. Em cada escola realizaram-se dois grupos focais, um de rapazes e outro de raparigas, o que totalizou 12 grupos focais. Constituíram-se grupos de seis jovens cada, pertencentes à mesma turma.

Os Quadros seguintes (Quadros 5.1 e 5.2) apresentam os dados relativos às características sócio-demográficas e dos comportamentos sexuais dos jovens participantes no estudo.

Quadro 5.1. Características sócio-demográficas dos jovens participantes no estudo

	PORTO				LISBOA				ALENTEJO			
	ESCOLA A		ESCOLA B		ESCOLA C		ESCOLA D		ESCOLA E		ESCOLA F	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Idade (anos)												
15	6	5	2	5	2	4	1	1	2	2	6	5
16	-	1	3	1	4	2	3	2	2	3	-	1
17 ou +	-	-	1	-	-	-	2	3	2	1	-	-
Estatuto sócio-económico												
Alto	5	4	-	-	4	4	-	-	-	4	-	1
Médio	1	2	1	1	2	2	1	1	4	2	-	4
Baixo	-	-	5	5	-	-	5	5	2	-	6	1
Nacionalidade												
Portuguesa	6	6	6	6	6	6	4	2	6	6	6	6
Africana	-	-	-	-	-	-	2	4	-	-	-	-

Nota: M=masculino, F=feminino

Quadro 5.2. Comportamentos sexuais dos jovens participantes no estudo

		PORTO		LISBOA		ALENTEJO		
		ESCOLA A	ESCOLA B	ESCOLA C	ESCOLA D	ESCOLA E	ESCOLA F	TOTAL
Início das relações sexuais								
M	Sim	1	3	1	6	3	1	15
	Não	5	3	5	-	3	5	21
F	Sim	0	0	-	2	3	0	5
	Não	6	6	6	4	3	6	31
Idade 1ª relação sexual (anos)								
M	12 -13	-	-	-	1	-	-	1
	14	-	1	-	3	2	1	7
	15-16	1	2	1	2	1	-	7
	17	-	-	-	-	-	-	-
F	12 -13	-	-	-	-	-	-	-
	14	-	-	-	-	1	-	-
	15-16	-	-	-	1	2	-	-
	17	-	-	-	1	-	-	-
Relações sexuais por consumo de drogas ou álcool								
M	Sim	-	-	-	-	1	1	2
	Não	1	3	1	6	2	-	13
F	Sim	-	-	-	-	-	-	-
	Não	-	-	-	2	3	-	5
Uso do preservativo na última relação sexual								
M	Sim	1	3	1	4	3	1	13
	Não	-	-	-	2	-	-	2
F	Sim	-	-	-	2	1	-	3
	Não	-	-	-	-	2	-	2

Nota: M=masculino, F=feminino

5.2.4 Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos: 1) questionário individual de auto-preenchimento e 2) guião para realização do trabalho com os grupos focais.

1) Questionário individual

O questionário individual de auto-preenchimento para caracterização da amostra (parcialmente adaptado do questionário aplicado no estudo quantitativo) contemplou duas partes. Uma primeira parte que incluiu questões sócio-demográficas (género, idade, nacionalidade e estatuto sócio-económico), e uma segunda parte que englobou questões relativas aos comportamentos sexuais e comportamentos preventivos (experiência sexual, actividade sexual associada a consumos como tabaco, álcool, drogas, e utilização do preservativo).

2) Guião para trabalho com os grupos focais

A realização dos grupos focais foi precedida de uma fase de preparação dos tópicos a analisar e das questões a ser exploradas na discussão. Na condução dos grupos focais foi utilizado um guião semi-estruturado para trabalho com os grupos focais que não tinha como propósito impor uma estrutura rígida, mas constituir uma forma de procurar contemplar a diversidade de aspectos que se pretendia focar, dar

um quadro referencial ao desenvolvimento da discussão e organizar a recolha de informação (tabela 5.1).

Quadro 5.3. Guião utilizado na condução dos grupos focais

Temas	Sub-temas
Comunicação/ Informação sobre questões na área da sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Com os pares - Com os pais /família - Barreiras e elementos facilitadores da comunicação - Fontes de informação e auto-avaliação do grau de informação
Actividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Crenças e atitudes face à actividade sexual - Percepção sobre as normas subjectivas dos jovens, parceiros e pais - Intenção de iniciar a vida sexual/ Início da actividade sexual - Experiência sexual - Comportamentos sexuais - Parceiros sexuais: estáveis/ ocasionais - Razões para o início da actividade sexual - Quem toma a iniciativa - Diferenças de géneros nas crenças, atitudes e comportamentos sexuais
Tomadas de decisão	<ul style="list-style-type: none"> - Características pessoais e competências - Pressão percebida/ sentida para iniciar a actividade sexual: pares/ parceiros - Percepção do controlo
Comportamentos sexuais de risco	<ul style="list-style-type: none"> - Riscos associados aos comportamentos sexuais - Percepção do risco de infecção pelo VIH/SIDA - Percepção da vulnerabilidade face ao risco de infecção pelo VIH/SIDA - Relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas - Contextos de risco
Comportamentos preventivos	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias preventivas - Barreiras e incentivos na adopção de comportamentos sexuais saudáveis - Prevenção do VIH/SIDA vs prevenção da gravidez
Preservativos	<ul style="list-style-type: none"> - Crenças, atitudes e normas sociais associadas ao preservativo - Utilização: intenção, frequência - Acesso e aquisição de preservativos - Competências necessárias para a sua utilização
Educação sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Opiniões sobre educação sexual na escola - Avaliação do que é feito no âmbito da educação sexual na escola - Estratégias a adoptar
Conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Crenças e atitudes sobre a SIDA - Preocupações com o VIH/SIDA - Diálogo sobre o VIH/SIDA - Fontes de informação: mais frequentes e mais importantes - Crenças e atitudes face aos portadores de VIH/SIDA
Cenário relevante: Família	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de risco - Factores de protecção
Cenário relevante: Pares	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de risco - Factores de protecção
Cenário relevante: Escola	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de risco - Factores de protecção
Cenário relevante: Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Factores de risco - Factores de protecção

5.2.5 Procedimento

As escolas incluídas no estudo foram seleccionadas com base na sua disponibilidade e interesse explícito em participar, tendo o primeiro contacto sido estabelecido através de professores que leccionavam nessas escolas. Após a identificação das escolas, foi entregue a cada Conselho Executivo uma carta de apresentação do estudo e de solicitação formal de autorização para a sua realização (ver anexo 6). Com base nos critérios apresentados pelo investigador (que tinha subjacente a preocupação de assegurar uma certa homogeneidade dos participantes em cada grupo focal relativamente às características sócio-demográficas e percurso escolar) e na disponibilidade de horários (de forma a não prejudicar o bom funcionamento do calendário escolar), o Conselho Executivo de cada escola seleccionou a turma a participar no estudo. A realização dos grupos focais decorreu entre Abril e Julho de 2003.

No primeiro contacto com cada turma e com os jovens participantes foi efectuada uma apresentação do moderador e dos objectivos gerais do estudo, tendo sido obtido o consentimento voluntário dos jovens com a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados. Neste primeiro momento, foi aplicado um questionário de auto-preenchimento anónimo que tinha como objectivo a caracterização da amostra. A cada um dos participantes foi entregue um pedido de autorização dos encarregados de educação para a realização da discussão em grupo (ver Anexo 7) que devia ser devidamente assinado.

A realização dos grupos focais foi precedida de uma introdução onde foram discutidos alguns aspectos importantes para a organização da discussão e participação de cada elemento do grupo, tais como, o comprometimento com a investigação, o facto de não existirem respostas certas ou erradas, o respeito pelas opiniões dos outros elementos e a necessidade de as manter dentro dos limites do grupo. Foi dada oportunidade aos participantes para negociar estes aspectos e equacionar outros pontos que considerassem importantes neste contexto. Foi também pedida autorização para que a discussão fosse gravada. Após estas explicações iniciou-se a sessão com um jogo de apresentação e uma actividade de “quebra-gelo” com o objectivo de tornar a reunião do grupo mais interactiva, facilitar o envolvimento dos participantes e a sua concentração nos temas a discutir. Os grupos focais foram realizados nas escolas em locais que permitiam privacidade

para a boa condução da discussão. As discussões de grupo tiveram uma duração de cerca de 90 minutos, tendo todas sido gravadas.

As discussões decorreram com fluidez, respeitando-se o ritmo e motivações do grupo. Apesar dos adolescentes não terem demonstrado grandes inibições em conversar sobre questões íntimas, o moderador procurou sempre identificar e aceitar os limites impostos por cada um, visando garantir a liberdade dos jovens em se expressar sem criar constrangimentos ou bloqueios.

5.2.6 Tratamento e análise de dados

No final de cada sessão foram registadas as observações consideradas relevantes acerca da dinâmica e das interações dos participantes de forma a que este comentário geral sobre o modo como a discussão tinha decorrido pudesse auxiliar na análise dos dados. Posteriormente, procedeu-se à transcrição das discussões de grupo.

A análise dos resultados obtidos seguiu o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa (Krueger & Casey, 2000; Morgan, 2001; Vala, 1986). As questões teóricas previamente definidas foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais explícitos nas conversas de forma a elaborar os primeiros itens para análise. Seleccionaram-se depois as questões de maior significado e definiram-se categorias que foram sendo ajustadas à medida que prosseguia a análise dos dados, procedendo-se em seguida à sua codificação. Analisaram-se as opiniões sobre os vários temas tendo em conta os consensos gerados nos grupos e as contribuições individuais. Foram comparadas as discussões dentro de cada grupo e posteriormente as discussões no conjunto total dos grupos, tendo em conta as diferenças de género e das várias escolas (localização geográfica).

5.3. Resultados

As categorias de análise criadas para a apresentação dos resultados resultam de uma análise crítica da revisão de literatura sobre esta temática (Concoran, 2000; Garriguet, 2005; Hoppe et al., 2004; Kirby, 2002b; Small & Luster, 1994; United Nations, 2003) e dos temas abordados e discutidos no contexto dos grupos focais.

Os resultados apresentados pretendem traduzir os factores de risco e de protecção identificados para os comportamentos em estudo ao nível individual e ao nível dos principais contextos (família, pares, escola e comunidade), bem como a sua contribuição na discussão dos grupos focais. No sentido de se perceberem as convergências e divergências encontradas em relação aos vários factores de risco e protecção para os diferentes grupos participantes no estudo, é apresentada uma síntese referente às diferenças de género e de localização geográfica (região). Em cada categoria serão apresentados extractos dos discursos de forma a ilustrar os significados atribuídos pelos jovens. No início de cada discurso e de forma a assinalar o grupo focal a que pertence encontra-se a letra da escola correspondente (letra da escola utilizada na caracterização da amostra) e o número 1 e 2 para diferenciar o grupo de raparigas e de rapazes, respectivamente.

5.3.1 Factores individuais

Factores de risco	Factores de protecção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características da personalidade ▪ Défice de competências ▪ Atitude negativa ou banal das relações sexuais ▪ Expectativa de consequências positivas ▪ Crenças negativas acerca do preservativo ▪ Intenção de não usar o preservativo ▪ Percepção de pouca auto-eficácia ▪ Falta de conhecimentos sobre o VIH/SIDA ▪ Percepção inadequada do grau de vulnerabilidade ao VIH ▪ Estratégias preventivas que conferem risco ▪ Maior preocupação com a prevenção de uma gravidez ▪ Primeira relação sexual ▪ Vida sexual activa ▪ Atitudes negativas face aos portadores de VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características da personalidade ▪ Competências ▪ Relações sexuais integradas no desenvolvimento saudável e num relacionamento afectivo ▪ Atitudes desfavoráveis ao sexo desprotegido e expectativa de consequências negativas ▪ Crenças positivas acerca do preservativo ▪ Intenção de usar o preservativo ▪ Percepção de auto-eficácia ▪ Conhecimentos sobre o VIH/SIDA ▪ Percepção adequada do grau de vulnerabilidade ao VIH ▪ Estratégias preventivas protectoras ▪ Vida sexual activa ▪ Atitudes positivas face aos portadores de VIH/SIDA

Factores de risco

Características da Personalidade

Na opinião das raparigas, ter “personalidade fraca” e ter pouca auto-estima são aspectos que podem constituir factores de risco na medida em que impedem, muitas vezes, as raparigas de impor a sua vontade.

D1: *“Aqueles que têm baixa auto-estima. Elas gostam muito dele e eles ameaçam e dizem se não fizeres eu deixo-te e elas fazem.”*

D1: *“As raparigas são atadinhas, são fracas e fáceis de levar pelos rapazes.”*

E1: *“O rapaz pressiona a rapariga e depois ela faz com medo de perder o namorado.”*

Défice de competências

De acordo com a opinião dos adolescentes, não conseguir impor a sua vontade, não tomar decisões independentes e ponderadas e não pensar nas consequências de determinados comportamentos podem funcionar como factores de risco.

E2: *“Há uns que vão mais pelo que os outros dizem, não pensam pela sua cabeça. Às vezes sofre-se grandes decepções, por não ter pensado, mas apenas fazer porque os outros fizeram.”*

F1: *“Eu acho que temos que ter a certeza, temos que reflectir e isso é muito importante, porque se praticamos os actos de cabeça quente e irreflectida e só depois de fazermos essas tais coisas é que pensamos... depois é irremediável, já não podemos fazer nada...”*

A1: *“Às vezes podem ainda não ter cabeça e fazem sem pensar nas consequências e não usam o preservativo nem nada. Normalmente na altura as pessoas nunca pensam nas consequências e esquecem-se, só pensam antes e depois”.*

Os participantes salientam que, muitas vezes, as raparigas não têm capacidade para recusar relações sexuais indesejadas ou desprotegidas, referindo que este factor pode impedir a adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

F1: *“Há raparigas que não sabem dizer que não. Eles dizem: ah se não queres é porque não gostas o suficiente de mim. Isso é chantagem... mas as raparigas acabam por fazer”.*

E1: *“Acaba por ser sempre mais fácil, ele convencê-la a não usar. Eles dizem: não tenhas medo que não vai acontecer nada e elas deixam-se levar...”*

A quase totalidade dos rapazes refere não sentir pressão por parte das parceiras porque é rara a situação em que a rapariga deseja ter relações sexuais e eles não. Os rapazes foram então questionados em relação à forma como lidam com a pressão exercida pelo grupo de pares. A maioria dos rapazes afirma não saber como é que os jovens podem evitar essas pressões e alguns referem mesmo *“ceder à vontade do grupo”* como forma de a eliminar.

B2: *“Ter logo relações sexuais. Se tiverem, depois acaba-se logo a pressão. Mas às vezes depois podem arrependem-se de terem feito, se calhar preferiam deixar para mais tarde.”*

Um pequeno grupo de raparigas refere não saber como reagiria numa eventual situação de pressão por parte do parceiro para ter relações sexuais e outras reconhecem que poderia acontecer ter relações por se sentirem pressionadas.

C1: *“Se eu tivesse numa situação dessas eu ficava desesperada, não sabia para que lado me virar. Quando me dou com alguém é preciso gostar mesmo daquela pessoa, estilo obsessão, então eu se estivesse na situação não sei...”*

E1: *“Pode acontecer se ele começar a pressionar... Há casos em que acontece.”*

F1: *“Podia estar indecisa e se ele pressionasse até podia acontecer... se fosse pressionada não sei... eu tenho que esperar para ver qual será a minha reacção.”*

F1: *“De momento posso estar a dizer que não e no momento até podia vir a acontecer...”*

Algumas adolescentes salientam que não é fácil lidar com as pressões e que sentem que não possuem competências para o fazer.

E1: *“Mas não é muito fácil... é difícil dialogar sobre essas coisas.”*

A1: *“Não há muitas maneiras de evitar a pressão.”*

Atitude negativa ou banal das relações sexuais

Quando questionados acerca do que pensam sobre os jovens da sua idade que já iniciaram a vida sexual verifica-se que as respostas podem ser agrupadas em respostas que denotam uma visão das relações sexuais como fazendo parte do desenvolvimento pessoal, psico-afectivo e das relações interpessoais e uma visão das relações sexuais conotadas com um estereótipo negativo e com riscos emocionais, ou banal e desenquadradas da relação emocional. Observa-se um maior número de respostas associadas a esta última visão quando comparadas com as respostas referentes às relações sexuais integradas no desenvolvimento psico-afectivo do adolescente.

Um grupo de adolescentes considera que são muito novos e que ainda não têm maturidade para ter relações sexuais, argumentando que as relações sexuais nesta idade são um erro, que causam, muitas das vezes, arrependimento e consequências negativas.

F1: *“Nos casos que eu conheço acho que foi um erro... Alguns só querem experimentar, não pensam e depois às vezes até se arrependem, às vezes, as pressas é o que dá...”*

A1: *“Nesta altura não há muita gente que tenha maturidade suficiente para saber o que está a fazer... acho que quem faz nesta altura ainda não é muito consciente.”*

C1: *“Não condeno quem faz, mas somos ainda uns miúdos, acho que os 16 anos deviam ser curtidos e não gastar preciosas horas nessas cenas.”*

Outro dos argumentos apresentados prende-se com a referência ao facto de que muitos dos jovens só têm relações sexuais por pressão ou coacção e que não estão, muitas das vezes, preparados para o fazer.

D2: *“Há muitos casos que é mesmo só por causa dos grupos, se muitos já tiveram, ele para mostrar aos amigos, quer que aconteça e vai procurar de qualquer maneira...”*

D2: *“Há casos em que não é normal porque os rapazes são muito brutos, querem ter e pressionam muito a rapariga e isso até afecta as relações entre eles e ela arrepende-se.”*

F1: *“ Algumas fazem só para agradar aos namorados, eles pressionam e elas têm medo que os namorados as deixem e então acabam por fazer. Normalmente acabam sempre por se arrepender ou porque não era a pessoa certa ou porque não era a idade.”*

Referem que existem jovens (maioritariamente rapazes) que apresentam uma visão banal das relações sexuais e desintegrada do contexto de uma relação amorosa.

F2: *“Não há grandes razões aconteceu... é quase só chegar lá e aí vamos e pronto.”*

F2: *“Para os moços o que vier à rede é peixe. Os homens querem sempre... é logo.”*

D2: *“Na altura está muito bom... mas quando acaba já não queremos saber dela...”*

D2: *“Às vezes é quando querem e gostam um do outro, outras é mesmo só por curtição.”*

F1: *“Aparecem sempre aquelas que até pensam como o rapaz que é fazer por fazer, tanto faz.”*

Expectativa de consequências positivas

Os adolescentes apontam vários efeitos positivos subjacentes ao tornar-se sexualmente activo, como sejam, a aquisição de um estatuto (principalmente no grupo de pares), percepção de uma melhor auto-imagem (associada à tradicional ideologia de masculinidade) e entretenimento. De salientar que este factor foi referido pelos participantes como sendo apenas significativo para os rapazes.

E2: *“Afirmarmo-nos para nós próprios como homens. Sentimo-nos mais crescidos, mais homens... Sentirmo-nos mais à-vontade connosco próprios... mais aliviados.”*

B1: *“Muitos fazem só por fazer, só para depois se gabarem aos amigos que já fizeram...”*

D2: *“Muitas vezes acaba por acontecer, vamos e pronto. É para curtir e passar o tempo.”*

O desejo de experimentar, a curiosidade e a procura de novas sensações (desejo sexual) foram também avançados pelos rapazes como factores que incentivam o início da vida sexual, algumas vezes, em contextos de risco.

A2: *“Às vezes é mesmo fome, é querer mesmo fazer, é estar lá para estar com uma mulher e saber... é mesmo ter vontade de fazer e explorar aquilo que não conhecemos.”*

E2: *“É o instinto. Sente-se desejo carnal... É uma chama que arde e só uma coisa é que consegue apagar.”*

B2: *“Eu acho que toda a gente tem curiosidade de saber como é que é. Eu acho é que se não tiverem curiosidade é mau...deve estar a fugir para o meio... deve é ser maricas...”*

D2: *“Às vezes é vontade de fazer e de querer experimentar o que os outros já fizeram, saber como é que é..., depois experimentas e já não consegues deixar de fazer.”*

Constata-se que quatro adolescentes referem que, por vezes, as raparigas têm relações sexuais desprotegidas com intenção de engravidar.

E2: *“Às vezes isso parte da iniciativa da rapariga, porque por exemplo tenho conhecimento de um amigo que foi levado pela própria namorada. É a rapariga que incentiva o rapaz a ter relação sexual e a não usar o preservativo e o resultado é pessoas de 16 anos a serem mães.”*

B1: *“Eu conheço uma rapariga que engravidou porque quis, agora vai ter o filho e já casou à pressa mas foi porque quis. Há muitas que até engravidam para prender o namorado e isso às vezes não acontece, acontece o contrário e eles vão embora...”*

Crenças negativas acerca do preservativo

Em relação ao preservativo verifica-se que os adolescentes apresentam mais crenças negativas do que crenças positivas. Os argumentos utilizados prendem-se com a diminuição do prazer e da sensibilidade, o ser incómodo e desconfortável, o cortar a espontaneidade da relação, o receio em utilizar o preservativo pois pode atrapalhar ou fazer doer, a pouca efectividade do preservativo, e o facto dos rapazes não gostarem de utilizar e alegarem que são alérgicos ao preservativo.

D1: *“Muitas raparigas dizem que o preservativo faz doer. E é capaz de ser desconfortável.”*

F1: *“Há uns que sentem que com o preservativo não é bem relações sexuais. Sentem que com o preservativo não dá prazer e depois não gostam.”*

E2: *“Há quem diga que tira o gosto. A sensação é outra. Tira a sensibilidade.”*

B1: *“Há outros que dizem que o preservativo não é muito fiável que não é 100% eficaz. E é verdade, pode rebentar. Há outros que dizem que é incomodativo parar a meio.”*

B2: *“É uma coisa que atrapalha. Atrapalha bastante e é incómodo. É melhor sem ele. É ao natural. Há muitos que dizem que é melhor ao natural e que não querem usar.”*

Intenção de não usar preservativo

A maioria dos adolescentes, apesar de referir que se deve sempre usar o preservativo, demonstra, em várias situações, intenção de não o utilizar.

D1: *“Nenhum rapaz diz que não, se estiver para fazer sexo mesmo que não tenha o preservativo, e se disser que não faz, está a mentir, o rapaz nunca desperdiça a oportunidade”.*

A2: *“Já quase toda a gente sabe que é necessário usar o preservativo, mas um rapaz que se esquece dos preservativos e está lá naquela pressão e ela à espera, ele não vai parar.”*

A1: *“Deixam-se levar pelo ambiente... acontece e não vamos dizer que não só porque não temos preservativo... ninguém pára..., pensa: só desta vez também não há-de acontecer nada.”*

B2: *“Devemos ter a consciência para usar o preservativo, mas se não houver, vai sem ele, não se vai deixar de fazer por causa disso... e depois chega a altura e interrompe-se o coito.”*

Os rapazes referem que, muitas das vezes, preferem correr o risco e não desperdiçar a oportunidade de ter relações sexuais.

D2: *“Às vezes as raparigas também são muito provocadoras... elas provocam e depois o homem não vai dizer que não... aí não aguentamos...e fazemos mesmo sem preservativo.”*

B2: *“Há rapazes que estão com uma rapariga e não têm preservativo, mas como querem muito fazer e ter aquela experiência acabam por correr o risco e fazer sem o preservativo.”*

F2: *“Mas eu sou uma pessoa que estou aberto a novas experiências e se conhecer bem e confiar bastante na pessoa... acho que talvez sim, pronto é arriscado mas...”*

Percepção de pouca auto-eficácia na adopção de comportamentos sexuais saudáveis

A maioria dos adolescentes, apesar de ter a intenção de usar o preservativo ou considerar que se deve utilizar, reconhece que sem estar na situação é fácil dizer que não tinham relações sexuais sem preservativo, mas que na verdade não sabem como irão reagir no momento.

D1: *“Se calhar agora posso dizer que é impensável fazer sem alguma protecção mas se calhar quando chegar o momento nós vamos fazer sem... não tenho a certeza do que vou fazer...”*

A1: *“Há muitas pessoas que até dizem que são prevenidos e que têm sempre que se usar e depois na altura quando não tem diz: ah deixa lá e contrariam tudo o que tinham dito antes.”*

F1: *“A gente estamos aqui e dizemos que quando tivermos relações vou tomar precauções e vou usar o preservativo mas depois chega lá e acontece e nem preservativo nem pílula nem nada e eu não percebo porque é que isso acontece, porque é que as pessoas fazem isso.”*

A maioria dos adolescentes parece apresentar a percepção de pouca auto-eficácia na adopção de estratégias protectoras. Os adolescentes referem que no momento é difícil parar ou recusar ter relações sexuais porque não têm preservativo. Neste contexto, afirmam que pode acontecer ter relações sexuais desprotegidas.

E1: *“Oh quem é que ia parar? Quem é que se lembra?”*

D2: *“Nas festas isso acaba por acontecer, não estávamos a pensar e de repente surge a oportunidade aí, às vezes é mesmo à pressa é mesmo só para fazer e pronto...”*

A1: *“Se acontecer e não houver o preservativo, eu até podia dizer que conseguia parar e se calhar na altura não sei se conseguia, porque uma coisa é dizer outra é fazer...”*

A pouca capacidade de auto-controlo é apontada como factor de risco na medida em que torna improvável a utilização do preservativo no momento de ter relações sexuais.

B1: *“Quando nos envolvemos, esquece-se completamente tudo, não pensamos em nada.”*

D2: *“Acontece a muitos rapazes não se conseguirem controlar e as coisas começam a rolar e não vamos dizer que não, aí muitas vezes acontece sem o preservativo.”*

A2: *“No momento é difícil. Fora da situação com a cabeça fria, a pessoa diz que não mas eu se tivesse fora de mim não sei como reagia... Pois a pessoa nessa altura não está consciente.”*

E1: *“Uma pessoa envolve-se de tal maneira que mesmo se tivermos o preservativo quem é que se lembra de o ir buscar? Dizer: espera aí que eu vou buscar...não acredito.”*

Na maioria dos grupos de adolescentes do sexo masculino (excepto dois grupos) há a referência a receios ou dificuldades em usar o preservativo.

D2: *“Depende se é uma 1ª, 2ª ou 3ª vez, e se ela é mais experiente pode pensar que eu sou um inexperiente e aí os rapazes ficam com um bocado de receio de usar...”*

B2: *“É natural que toda a gente pense como é que vai fazer para pôr. Pode atrapalhar e aí se calhar o preservativo já vai passar ao lado, no acto se calhar o preservativo passa ao lado.”*

Falta de conhecimentos sobre VIH/SIDA

Os adolescentes consideram que a falta de conhecimentos acerca dos modos de transmissão do vírus do VIH/SIDA e das formas de prevenção pode funcionar como um factor de risco. Parece existir diferentes percepções acerca do grau de informação que as pessoas possuem. A opinião mais frequente (cerca de metade dos participantes) é a de que ainda existem pessoas que não têm informação suficiente ou que têm dúvidas.

D1: *“Há pessoas que fazem desde muito cedo e não sabem as protecções que devem ter e por vezes depois apanham doenças e ou vêm-se às vezes com 15 anos e já estão a ter filhos.”*

E2: *“Se calhar em casa com os pais não têm essa informação e na escola também não, por isso não têm as informações necessárias para terem relações sexuais, pensam que é tudo simples.”*

F1: *“As pessoas que vivem na aldeia como na minha, estão um bocado isoladas e é tudo tabu, não têm informação suficiente e não se pode falar de nada que toda a gente fica a saber.”*

D2: *Há pais que nem deixam os filhos falar sobre esses assuntos e depois às vezes nem têm confiança para falar com os amigos, e não têm com quem falar, não falam com ninguém.”*

Cerca de um quarto dos adolescentes pensa que as pessoas estão informadas, mas não se preocupam nem reagem de acordo com o conhecimento que possuem.

D2: *“Eu acho que há informação, os jovens é que não querem saber, ignoram. Muitos até sabem e não usam... pensam sempre que com eles não vai acontecer nada”.*

A1: *“A informação está por todo o lado, mas há jovens que não querem saber, que só querem aproveitar a vida, dizem que não é a eles que lhes vai acontecer isso é só aos outros.”*

Uma minoria de participantes salienta ainda a existência de pessoas que pensam que sabem, mas na verdade possuem conhecimentos incorrectos.

E2: *“Ainda há outro grupo que são aqueles que acham que sabem mas na verdade não sabem.”*

F1: *“Ainda há muitos jovens que têm informação mas depois não sabem utilizá-la, há mal entendidos. Algumas pessoas não percebem as coisas que lhes dizem. Por exemplo, nem sabem usar as coisas, tomam a pílula de forma errada e assim...”*

E2: *“Os jovens podem não conhecer as capacidades que o preservativo tem e utilizá-lo de um modo incorrecto e quando está mal colocado o preservativo às vezes pode romper-se.”*

Cerca de um quarto dos adolescentes considera que as pessoas estão informadas e reagem de acordo com os seus conhecimentos, adoptando medidas preventivas. Esta última situação será referenciada nos factores de protecção.

Em relação à percepção que os participantes têm sobre o grau de informação que possuem, constata-se que apenas quatro adolescentes consideram que estão muito pouco informados sobre os assuntos relacionados com a sexualidade. No entanto, a maior parte dos adolescentes, apesar de estarem informados, afirma ter dúvidas.

B1: *“Mas há muitas dúvidas. As pessoas até podem estar informadas para o essencial, mas todos temos dúvidas, todos temos aquelas dúvidas mais...é preciso esclarecer os jovens.”*

No decorrer dos seus discursos verifica-se que alguns jovens apresentam dúvidas e conhecimentos incorrectos em questões relacionadas com sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis e medidas preventivas.

A2: *“Pois, contra a SIDA é só o diafragma e o preservativo. O diafragma é a protecção para a SIDA para a rapariga, não é?”*

B1: *“Eu não sei bem, mas acho que se o sangue de uma pessoa com SIDA se transmitir com o de outra que não tenha, essa pessoa fica com SIDA, não é?”*

B1: *“Mas se usares o preservativo e romper e houver contacto de sangue tu ias lá imaginar que aquilo ia acontecer”* (“Contacto de sangue numa relação sexual?” pergunta outra jovem).

B2: *“Ficávamos com a vida estragada, porque mesmo com a cura todos iam dizer olha aquele teve a SIDA. Hoje em dia há um rejeitar das pessoas que já têm a doença ou que já tiveram...”*

Percepção inadequada do grau de vulnerabilidade ao risco de infecção pelo VIH/SIDA

Quando questionados acerca do que pensam sobre o VIH/SIDA ou o que mais os preocupa em relação a esta problemática, os conceitos mais referidos são “morte”, “doença perigosa” e que “não tem cura”. O medo da discriminação ou de “ser posto de lado” revelou-se ser a maior preocupação dos adolescentes.

C1: *“O que me preocupa mais não é concretamente a morte é todo o processo de sofrimento.”*

B1: *“Sofre-se muito porque não se morre logo. Vai-se morrendo aos poucos... Alguns até chegam a um tal desespero que se tentam matar e assim.”*

A1: *“Eu tenho medo de ser posta de lado... de ficar marcada para o resto da vida, ficar com um selo no meio da testa a dizer tens SIDA”.*

A maioria dos adolescentes não considera estar em risco de se infectar pelo VIH/SIDA. No sentido de se compreenderem quais as razões que os adolescentes utilizam para justificar o sentimento de invulnerabilidade agruparam-se as suas respostas em dois grupos: razões que efectivamente não os colocam em risco de se infectar (“uso o preservativo/ou vou usar”, “nunca tive relações sexuais”) e razões que colocam os adolescentes em risco apesar de lhes conferir um sentimento de protecção. Verificou-se que a maioria das razões apontadas coloca-os em risco, ou seja, os adolescentes apresentam uma percepção incorrecta do grau de vulnerabilidade, não se encontrando, de um modo geral, diferenças em relação ao género.

A1: *“Eu acho que há pessoas que pensam sempre que a eles não lhes acontece nada e deixam-se ir. Pois pensam: ah a mim não me vai acontecer nada é só aos outros... eu sou muito forte”.*

Os adolescentes utilizam um conjunto de estratégias consideradas não válidas de forma a racionalizar a fraca percepção de vulnerabilidade. Os argumentos mais referidos estavam relacionados com o conhecimento do parceiro e a confiança.

D1: *“Eu conheço o meu namorado mais que tudo na vida, sei quais são os problemas dele e quais não são... tenho a certeza absoluta que ele não tem esses problemas.”*

F2: *“Se tivermos relações com uma pessoa que não se conhece... aí corremos risco. Com a namorada é difícil, a pessoa tem confiança...eu não vou andar com alguém que não conheço.”*

A1: *“Antes de iniciarmos essa tal relação propriamente dita, a pessoa começa a namorar e cria-se uma relação de confiança e depois ele não vai querer o mal da namorada.”*

Alguns participantes consideram que é difícil o contágio.

B2: *“Se não nascer com a pessoa, não é uma coisa que se pode apanhar tão facilmente.”*

Outro argumento apontado por uma minoria de adolescentes prende-se com o facto de acreditarem que é possível detectar quem é portador de VIH/SIDA e consequentemente, evitar esse contacto.

A2: *“Não corro nenhum risco. Normalmente uma pessoa que tem a SIDA vê-se porque a pessoa tem um aspecto diferente... tem um aspecto anémico.”*

No contexto dos discursos, a SIDA permanece numa perspectiva um pouco irreal, com pouca ameaça e risco muito abstracto na medida em que os adolescentes têm poucos exemplos de pessoas infectadas.

C1: *“A SIDA não me preocupa tanto porque não começo ninguém próximo que tenha SIDA.”*

Por outro lado, a percepção do grau de vulnerabilidade dos adolescentes aparece associada a alguns dos tradicionais grupos de risco (prostitutas e toxicodependentes) e a preconceitos ligados a determinados comportamentos sexuais.

D1: *“Eu só tenho com o meu namorado, não vou ter com A, nem B, nem C. Claro se eu fosse daquelas mulheres da vida aí era a SIDA... agora problemas desses, eu não tenho.”*

B1: *“Os que vão onde não deviam... às prostitutas e os drogados que trocam seringas.”*

A2: *“Todos estamos conscientes sobre com quem devemos e não devemos ter relações sexuais e só os inconscientes é que apanham...são aqueles que só pensam em sexo, mal vêem uma rapariga nem querem saber o nome, nem a idade, nem nada sobre ela.... Um rapaz consciente primeiro conhece a rapariga, namora e depois é que vai para a cama com ela.”*

D1: *“Os necessitados, porque há rapazes que não conseguem viver sem estarem num ou dois dias sem terem uma pessoa... os tarados sexuais.”*

Vulnerabilidade excessiva face ao risco

Por vezes, o sentimento ligado ao perigo da infecção é excessivo, sendo apresentado como algo que acontece rapidamente e que atinge todos os indivíduos sem discriminação. Este discurso evoca arbitrariedade, situações sem controlo e sorte.

A2: *“No geral, estamos todos expostos porque não podemos fazer nada. É assim: vais à praia e espetas os pés numa seringa e pronto ficas logo.”*

C1: *“Ninguém tem o sistema imunológico perfeito...todos correm um risco enorme... há coisas insignificantes como um cravo no pénis que faça a porcaria do preservativo romper-se.”*

A1: *“Mas às vezes o preservativo pode não ser eficaz podemos apanhar... Devemos sempre usar dois preservativos para se romper um.”*

E2: *“Sem saber como nem porque ela aparece no nosso organismo.”*

Os discursos dos participantes indicam que muitos dos adolescentes que se percebem em risco associam a infecção pelo VIH/SIDA à transmissão através de contactos não sexuais e a situações “impossíveis” de evitar. Assim, os jovens aparentam estar mais preocupados com uma possível transmissão por via sanguínea do que por via sexual.

F1: *“Porque a SIDA não se transmite só através da sexualidade, o problema é quando vamos socorrer alguém e não sei se a pessoa está infectada mas eu vou lá ajudá-la sem pensar...”*

B1: *“Eu posso ir a um hospital ou ao dentista e estarem lá restos de sangue e posso apanhar”*

B2: *“Pode-se apanhar isso com seringas que estejam por aí, ainda por cima como moramos num bairro como o nosso, há muitos drogados e nunca se sabe o que pode acontecer...”*

No decorrer das discussões sobressaiu um aspecto importante que se prende com o facto de que o sentimento de vulnerabilidade à infecção não parece contribuir para a adopção de medidas preventivas.

F1: *“Eu acho que eu corro sempre risco, porque ele pode ter e tu não sabes. Não posso dizer que não corro risco porque até me considero uma pessoa responsável e vou sempre pensar em usar, mas eu não posso dizer que na altura não me vai dar um “vaípe” e que me esteja “pouco lixando” ou que não me importe com aquilo... na altura nunca sei o que pode acontecer.”*

Adopção de estratégias preventivas que conferem risco de infecção

Em relação às estratégias a adoptar para reduzir o risco de infecção, as respostas dadas pelos adolescentes foram agrupadas em estratégias protectoras e estratégias que envolvem risco. Quando se analisa a globalidade das respostas dos adolescentes verifica-se que as estratégias preventivas mais apontadas pelos participantes envolvem risco de infecção. As estratégias relacionadas com a selecção, a confiança e o bom conhecimento do parceiro sexual são as mais referidas.

B1: *“Se tivermos consciência, os riscos são mínimos. Ter consciência e cuidado é conhecer a pessoa antes de fazer. Não se fazer com toda a gente que aparece. Isso é fundamental.”*

D2: *“Eu sou prevenido, uso às vezes o preservativo com outras raparigas, só com a minha namorada é que não uso.”*

F2: *“Se nós sabemos que ela não é badalhoa podemos fazer, agora se vamos com uma pessoa que não sabemos como é que ela é, uma pessoa fica sem saber se ela tem SIDA ou não.”*

D2: *“Não ando por essas aventuras. Só tenho uma namorada e ela não tem doença nenhuma.”*

Um pequeno grupo de adolescentes faz referência à utilização da pílula e de métodos contraceptivos como estratégias preventivas face à infecção pelo VIH/SIDA.

D1: *“Para a SIDA pode-se usar o preservativo e a pílula.”*

A2: *“Contra a SIDA é só o diafragma e o preservativo...”*

Verificou-se que principalmente as raparigas referem como estratégia preventiva o dialogar com o parceiro sobre a sua história sexual e o seu estado serológico.

F2: *“Se alguém tiver SIDA, a pessoa vai saber de certeza. Se tu vires que a pessoa é sincera e se ela disser que não tem e se tu também não tiveres nada, pronto se tomar a pílula...”*

E1: *“Quando tiver um namorado não lhe vou exigir um teste para saber se ele tem aquela doença, mas pergunto se ele tem ou não e se ele disser que não, pronto... eu acredito nele.”*

E1: *“Perguntar se ele usou sempre preservativo noutras relações que teve e isso já é menos probabilidade de ele ter.”*

Maior preocupação com a gravidez do que com a infecção pelo VIH/SIDA

Quando questionados acerca de qual o risco que mais os preocupa quando têm relações sexuais desprotegidas, a gravidez aparece em primeiro lugar, sendo esta preocupação ainda maior para as raparigas.

C2: *“Elas falam mais de gravidezes pois é o tema que as preocupa, é mais a elas que afecta.”*

F1: *“A gravidez exige certas responsabilidades e agora eu com 15 anos não estava preparada para ter essas responsabilidades...já precisamos de ter mais os pés assentes na terra.”*

D1: *“As raparigas que têm mais cuidado porque somos nós que engravidamos. Há rapazes que engravidam a rapariga e nem se importam: “olha, está grávida, deixa a estar”.*

A maior preocupação com a gravidez indesejada parece ter implicações nas estratégias preventivas que adoptam quando têm relações sexuais, ficando a protecção ao VIH/SIDA em segundo plano.

E1: *“Depende da consciência que ele tiver. Se ele tiver medo que a rapariga engravide ele aí utiliza, agora se ele tiver só interessado em fazer se calhar não utiliza nada.”*

A1: *“Se uma rapariga como no nosso caso, tiver relações sexuais com um rapaz tem confiança nele, portanto não ficar grávida é o importante. Se ela tomar a pílula já não tem problema.”*

C2: *“Eu conheço um caso, que não usaram o preservativo porque ela usava a pílula e ficaram com medo que com a bebida a pílula não fizesse efeito...”*

Em vários discursos, os adolescentes referem que se lhes acontecesse ter relações sexuais desprotegidas usavam a pílula do dia seguinte, demonstrando mais uma vez que a principal preocupação está associada ao receio de uma eventual gravidez.

E1: *“Podia acontecer não termos preservativo e se calhar fazíamos na mesma depois usava a pílula do dia seguinte.”*

A1: *“Há muitas pessoas que não usam. Depois no fim até se sentem um bocado arrependidas, devem sentir-se um bocado mal... E depois olha lá vai a pílula do dia seguinte...”*

F2: *“Talvez acontecesse sem o preservativo (Mas achas que vale a pena seres papai?- pergunta outro). Papai não, mas também tens sempre a pílula do dia seguinte.”*

A utilização do preservativo aparece, muitas das vezes, associada ao receio de uma gravidez indesejada.

B1: *“Quem usa é só por medo de engravidar.”*

D2: *“Há cada vez mais a usar, os que não usam estão sujeitos a uma gravidez não desejada.”*

D1: *“Há muitas que vão logo ali para o canto já está, nem se importam se ele pôs o preservativo ou não e depois aparecem grávidas.”*

A1: *“As raparigas que são mais fáceis devem estar mais protegidas porque se têm relações com vários e depois ficam grávidas e nem sabem quem é o pai e isso é um bocado mau...”*

Outro aspecto que os adolescentes apontam para justificarem uma maior preocupação com a gravidez prende-se com a ponderação entre os efeitos a curto e a longo prazo. A infecção pelo VIH/SIDA não é considerada pelos adolescentes como um risco iminente na medida em que os comportamentos adoptados não acarretam consequências imediatas.

F1: *“A gravidez implica consequências no imediato, após nove meses aparecesse logo o filho e era uma coisa que alterava já a nossa vida mais no imediato e a SIDA é mais a longo prazo.”*

C1: *“Não ligo muito às doenças, agora grávida quando se é novo... eu tenho 16 anos... A gravidez assusta-me mais, eu nem imagino como ia chegar a casa e contar ao meu pai.”*

B1: *“As doenças são incuráveis mas se eu agora ficasse grávida nem sei... Por exemplo, nós praticamos desporto, estamos com os amigos e assim, e a gravidez*

ia-nos prender muito, nem podíamos sair nem nada. E os nossos pais iam ficar muito tristes e decepcionados.”

Primeira relação sexual

Um pequeno grupo de adolescentes salienta que a primeira relação sexual pode constituir um factor de risco. Descrevem também que a vontade de se tornar sexualmente activo pode remeter a necessidade de protecção para segundo plano.

F2: *“Na primeira vez se calhar ficamos mais atrapalhados ou baralhados... Podemos ficar nervosos como é a primeira vez podem ter medo de falhar e então preferem não usar...”*

B2: *“Na primeira vez, a pessoa tem aquele receio de ter posto aquilo mal e rebentar...”*

E2: *“No sentido de querer mesmo, os mais pressionados, aqueles que não interessa como, desde que seja... E na maior parte das vezes corre sempre mal e sem prevenções..”*

Outro dos argumentos utilizados é que os jovens sentem que não há necessidade de se proteger por ser a primeira vez.

A2: *“Há quem pense que como é só uma vez e por ser só a primeira vez, que não vai acontecer nada... E depois é o que se vê que são miúdas de 15 e 16 anos a ter filhos.”*

F2: *“Mas há uma forma de diminuir o risco, por exemplo se for com uma namorada e também era a primeira vez dela, acho que os riscos são mínimos de haver doenças.”*

Vida sexual activa

O facto de ser sexualmente activo, ou seja, já ter tido relações sexuais, foi considerado, por alguns participantes, um factor de risco na medida em que os jovens podem tornar-se menos cuidadosos e proteger-se menos à medida que vão tendo mais experiência sexual.

F1: *“As primeiras vezes é com o namorado. Mas há algumas que acabam o namoro e pensam que já não têm medo nenhum e depois pode ser com um qualquer, e talvez comecem com o pensamento como os rapazes.”*

F2: *“Os rapazes da nossa idade são capazes de usar mais do que os de 17 ou 18 anos, preocupam-se porque ainda não têm tanta experiência como os outros, depois com o hábito..”*

E1: *“Há muitos rapazes que a primeira vez ou a segunda ainda usam, mas depois...”*

Atitudes negativas face aos portadores de VIH/SIDA

A maioria dos adolescentes de todos os grupos incluídos no estudo considera que existe discriminação e estigma social associado aos portadores de VIH/SIDA e que muitos sofrem de isolamento porque as pessoas, por falta de informação, reagem com medo e afastam-se.

C1: *“Há muita discriminação. Se as pessoas têm conhecimentos de como se transmite não se afastam, mas o problema é que pessoas pensam: Não me posso aproximar, nem falar-lhe porque senão ainda apanho, têm medo e afastam-se... Devia haver ainda mais informação.”*

B1: *“Por exemplo, a rapariga tinha a SIDA e eu sabia e se calhar tinha medo de estar à beira dela... não era por isso que eu ia apanhar, mas ainda há muitas pessoas que pensam isso.”*

A2: *“Alguns não tomavam banho no mesmo chuveiro ou não lavavam as mãos no mesmo lavatório que uma pessoa com SIDA, portanto se as pessoas pensam assim já se pode ver.”*

Atitudes menos positivas face a um colega da escola que estivesse infectado

Os adolescentes foram questionados acerca de como reagiriam na situação imaginária de ter um colega portador de VIH/SIDA. Muitos dos adolescentes pensam que este aluno seria discriminado na escola.

F1: *“Alguns não, mas outros iam de certeza discriminá-lo. À frente dele se calhar até não mas depois por detrás iam falar. Numa festa de anos, ia haver pessoas que diziam olha se aquele for eu não vou porque ele é doente e ainda posso apanhar.”*

F2: *“Às vezes até o pior são os pais, se os pais mal informados soubessem é que era pior, se calhar não o queriam cá na escola e assim...”*

E2: *“Ia sofrer de discriminação, ia ser gozado. A maior parte punha de parte. Muitas pessoas iam ter medo de se aproximar dele com medo de apanhar, por desconhecimento.”*

Embora a maioria dos participantes diga que a SIDA não se transmite pelo contacto social, os adolescentes expressam receios e medos indefinidos.

A1: *“Acho que é natural a pessoa ter receio de estar com essa pessoa. Eu sei que ao princípio rejeitava mas eu sei que não é assim, que eu posso perfeitamente ser amigo dela e até apoiar.”*

A2: *“Se eu tivesse um amigo com SIDA, na minha mente existia um bocadinho de exclusão, mas cá fora para ele não se sentir mal se calhar dava-lhe ainda mais atenção.”*

B2: *“Por mais que fosse amigo quando uma pessoa tem SIDA a nossa atitude muda sempre. Não diria que o excluía, mas tinha mais receio, podia ser perigoso estar com ele...”*

Um pequeno grupo de adolescentes admite que sente receio das pessoas infectadas com SIDA. Num dos grupos de rapazes, os adolescentes referem que evitariam um colega infectado e que se sentiriam muito constrangidos se tivessem que estar perto desse colega.

B2: *“Não gostava de estar sempre com ele. Tinha sempre medo ou receio de andar com ele.”*

B2: *“Vou ser honesto, não ia andar sempre à beira dele. Não o rejeitava totalmente mas qualquer aula que tivéssemos que ter contacto, por exemplo nos jogos de futebol eu não participava... tudo o que envolvesse contacto físico. É perigoso andar com uma pessoa assim.”*

Uma minoria reconhece que no início iria ter receio de se relacionar com o colega, mas que com o tempo iria relacionar-se com ele normalmente.

C2: *“Por muito que se diga que não ao princípio, é sempre aquela coisa... mas com o tempo acho que as coisas iam ao normal.”*

D2: *“Ao princípio ia ficar com receio mas depois com o tempo não fico.”*

Factores de protecção

Características da personalidade

As características da personalidade, nomeadamente, “ter personalidade forte”, ter auto-estima e determinação foram apontadas como factores de protecção.

C1: *“É ter personalidade forte. Se uma pessoa tem uma coisa na cabeça não é pelo namorado ou pelas amigas que vai mudar. Não é por isso que a gente vai fazer. Se não quer...não faz.”*

D1: *“Ter auto-estima. Abrir a pestana, olharem para elas, gostarem delas. Não pensar tanto nele, gosta dele mas não pode viver para ele. Não dizer que sim só para lhe agradar.”*

C1: *“Se uma pessoa gosta realmente de nós tem que saber respeitar as nossas opiniões e o que nós queremos. Temos de ser mais independentes. Eu posso*

gostar dele mas se ele me fizesse isso, ia descer pontos na minha consideração e já não me ia custar tanto separar-me dele...”

F1: *“Mesmo que esteja indecisa tem que dizer que não, se não, ele insiste muito e é difícil.”*

A2: *“As raparigas devem dar-se ao respeito, imporem a ordem. Não deixarem abusar. Se elas andam com esse tipo de rapazes e eles fazem pressão devem acabar a situação logo ali.”*

Na opinião dos participantes, o início das relações sexuais deve estar associado à maturidade e não à idade da pessoa. Os adolescentes argumentam que os jovens que têm relações sexuais pressionados ou para parecer mais adultos acabam por demonstrar imaturidade. Para estes adolescentes, o facto de por decisão própria não serem sexualmente activos e iniciarem a actividade sexual apenas quando consideram estar realmente preparados e informados acerca das medidas de protecção que são necessárias adoptar é que é sinal de maturidade e responsabilidade.

C1: *“Não deve ser fazer para dizermos que fizemos. Eu acho que só quando uma pessoa está segura de si, saber que é aquilo que se quer fazer, pensar que está preparada e ter confiança na pessoa é que deve seguir realmente aquele impulso. Assim depois não se arrepende. Se estiverem à-vontade um com o outro e usarem os meios adequados, acho que fazem bem.”*

C2: *“Estamos bem informados do que pode acontecer se não tomarmos as devidas precauções. Se gostarem um do outro, se for de interesse mútuo e se tiverem cuidados é normal.”*

Competências pessoais

Os adolescentes argumentam que na medida em que irá sempre existir alguma pressão, possuir competências para impor a sua vontade e saber evitar pressões é extremamente importante. Apesar da existência de pressão por parte dos pares e namorados alguns adolescentes afirmam que essas pressões são ultrapassáveis e que não têm que ceder e aderir à pressão. Algumas adolescentes consideram que são poucas as raparigas que não conseguem impor a sua vontade.

C1: *“Se as amigas já tiveram e dizem é tão giro e tão bom porque é que tu não fazes, eu acho isso natural e não acho mal. A pessoa tem que ter opinião própria e dizer não, eu acho que não é agora que eu vou fazer e não faço. E com o namorado também é normal que ele pressione e pergunte se ela não quer fazer,*

mas se ela acha que ainda não está preparada ou não é isso que quer fazer tem é que dizer não e não faz... Também não há muitas que cedem à pressão...”

C2: “Por mais que haja pressão deve-se ir pela vontade própria se a pessoa não quer não quer... acho que nós temos individualismo para uma tomada de decisão... se não nos sentirmos preparados, nós não nos vamos forçar a nada. Vamo-nos sentir mal, mas também não há azar.”

As raparigas salientam as competências comunicacionais, nomeadamente o conversar com o parceiro, a capacidade para “dizer não” e o fazer apenas o que é da sua vontade como aspectos relevantes para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

C1: “Falando com calma e explicando que uma pessoa ainda não se sente preparada. Tu tens que ter atitude para resolver os teus problemas e se ele concordasse comigo e quisesse esperar até eu me sentisse bem ... tudo bem. Se não quisesse e continuasse a pressionar, afinal de contas ele não gostava assim tanto... Adeus.”

F1: “Conseguir dizer que não. Ela tem que dizer que está decidida e dizer que não e não. Tem que ter reflexos muito fortes, que é para depois não ser apanhada desprevenida.”

A1: “Desde o princípio da relação falar mais sobre isso. Não como caso próprio mas no geral e aí o namorado vai perceber que esse tipo de pressão não vai funcionar com ela...”

Algumas adolescentes alegam que, se o rapaz não as compreende e continua a pressionar para ter comportamentos contrários à sua vontade, a única estratégia a adoptar é o terminar a relação.

C1: “Se eu achasse que não estava mesmo preparada, explicava-lhe os meus receios mais íntimos e se pressionasse assim tanto, e não percebesse, então acho que não interessava.”

E1: “Acabar logo tudo de uma vez. Ele tem de aceitar e se não quiser acaba-se e pronto.”

D1: “Eu não tinha, rapazes há muitos. Ai deles... vai-te embora.”

Face a uma eventual situação de pressão, por parte do parceiro, para ter relações sexuais, um grupo de raparigas refere que não tinha relações só porque o parceiro pressionava, podendo algumas decidir ter relações sexuais se considerassem que essa era também a sua vontade.

C1: *“Se tiver um namorado é porque gosto dele, portanto se houvesse oportunidade ou clima, podia acontecer porque é preciso pensar mas também não acho que seja assim uma coisa...”*

C1: *“Quando falamos de um namorado falamos de alguém que nós confiamos bastante e acho que ele não ia fazer pressão no caso negativo. Ele se calhar acha que as coisas já avançaram e está preparado para isso e nós temos que perceber o desejo de um e do outro.”*

Os rapazes referem algumas estratégias para lidar com uma eventual situação de pressão para ter relações sexuais por parte do grupo de pares como sejam, *“não ligar”, “resistir à pressão” e “fazer aquilo que é a sua própria vontade”* ou *“afastarem-se dos amigos”*.

A2: *“Não ligar. Só um anormal é que faz porque os outros lhe dizem, se nós não queremos... não devemos fazer”*

C2: *“Mesmo que exista um pouco de pressão depois acaba por não surtir grande efeito porque acabamos por dar sempre a volta à pressão a não ser que os amigos sejam mesmo difíceis e aí se calhar é melhor deixar esses amigos, porque isso não são amigos, isso são inimigos.”*

A2: *“Escolher as amizades. Nem admitir que se faça pressão. Não se sentir inseguro. Se uma pessoa se sentir insegura, os amigos vão piorar a situação e pressionar com mais força.”*

F2: *“Ter vontade própria não ir pelos outros, mas ir pela vontade própria.”*

Os adolescentes referem a necessidade de pensar nas consequências dos seus comportamentos e tomar decisões ponderadas com base nas suas próprias ideias. Fazem também referência às relações sexuais num contexto de tomada de decisão e vontade mútua e à necessidade de adoptar medidas preventivas de forma a terem comportamentos sexuais saudáveis.

C1: *Ver se já chegou a altura, se já tem maturidade suficiente para assumir aquela relação e ser capaz de pensar nas consequências... ter a certeza daquilo que vai fazer, pensar duas vezes e assumir as consequências, saber os riscos e os prós e os contras. Ter cabeça, ter juízo.”*

A2: *“Foi o que aconteceu à minha namorada porque eu não fiz pressão nenhuma, só lhe perguntei e ela estava indecisa no início e tive que me chatear com as amigas dela porque eram cinquenta macacos a dizer vai e vai e uma pessoa não consegue pensar assim, tem que estar com calma a pensar no que vai fazer.*

Depois de ela ter pensado então depois decidimos e tomámos as precauções necessárias.”

Relações sexuais integradas no contexto do desenvolvimento saudável e num relacionamento afectivo

Um grupo de participantes apresenta uma visão das relações sexuais integrada no desenvolvimento pessoal, psico-afectivo e interpessoal.

C2: *“Se gostam muito um do outro, e se acham os dois que é altura de ter porque pronto querem evoluir na relação e acham que estão preparados... eu acho que é uma coisa normal.”*

Verifica-se que os adolescentes, a maioria do sexo feminino e um pequeno grupo do sexo masculino, consideram que o facto da primeira relação sexual acontecer num contexto de um namoro, ou seja, no âmbito de um relacionamento afectivo, pode constituir um factor de protecção. Apontam como principais factores para iniciar a vida sexual o amor, a confiança e o à-vontade.

F1: *“Termos a certeza que é com aquele rapaz que nós queremos, se ele nos ama mesmo. Um rapaz que vá ficar sempre marcado em mim... para depois me sentir bem. Deve ser assim...”*

B2: *“Gostarem mesmo um do outro, se tiverem confiança um com o outro e já namorarem há algum tempo e estiverem preparados, podem fazer à-vontade pois vai ser bom.”*

E1: *“Quando nós soubermos que ele gosta de nós e que ele não nos vai trair. Se ele depois de termos feito se não nos vai deixar, porque se não depois ficamos decepcionadas.”*

A2: *“Há uma diferença entre o que é fazer amor e fazer sexo. Sexo é só estar ali para passar a noite e fazer amor é gostar um do outro, é estar porque querem e gostam e é bem melhor.”*

Atitudes desfavoráveis ao sexo desprotegido e expectativa de consequências negativas

Verifica-se que existe um pequeno grupo de adolescentes que apresenta atitudes desfavoráveis em relação ao sexo desprotegido, referindo a existência de consequências negativas.

C2: *“Nem passa pela cabeça de ninguém não tomar precauções, agora os jovens já têm a noção do futuro e preocupam-se em se proteger, só um parvo é que não vê isto e corre riscos.”*

D2: *“Não admito! Meninas que engravidam tão novas, hoje em dia com tanta informação.”*

F1: *“As raparigas são umas tontas, com tantas coisas que há agora, ainda engravidam. Vais ao Centro de Saúde e podes pedir a pílula do dia seguinte e podes pedir preservativos.”*

Crenças positivas relativas ao preservativo

Constatou-se que em três grupos existia uma maior referência a crenças positivas acerca do preservativo do que a crenças negativas. As afirmações mais referidas prendem-se com a naturalidade e facilidade de usar, com o facto da sua utilização ser necessária e que o preservativo é protector.

C2: *“Aquilo está preparado para ser simples. É uma forma mais segura de ter relações.”*

C2: *“Há aqueles que dizem que tira prazer mas por amor de Deus os Holandeses são as pessoas mais organizadas que existem e usam. E acho que não deve ser desconfortável.”*

A2: *“Devemos olhar para o preservativo como algo que tem que ser porque tem de ser, não questioná-lo. Tem que ser obrigatório, deve-se utilizar e nunca ter confiança na parceira.”*

C1: *“Não gostam de usar mas é melhor usar para prevenir doenças ou a gravidez. Gostem ou não, devem usar. É protector, eficaz e um dos melhores meios contraceptivos existentes.”*

Intenção de usar o preservativo

Verifica-se que existe um pequeno número de adolescentes que refere que tem a certeza que irá utilizar o preservativo e que não terá relações sexuais desprotegidas.

C1: *“Eu tenho a certeza que vou usar o preservativo... nem sequer ponho em hipótese de dizer isto aqui e depois não usar porque eu sei que vou usar de certeza.”*

C1: *“Eu não ia conseguir fazer sem ele estar a usar, não me ia sentir à-vontade.”*

F2: *“Se não tivesse preservativo não acontecia. Comigo parava na hora, não fosse acontecer ficar preso a pessoa que não conhecia muito bem para o resto da vida com um bebé.”*

Alguns adolescentes, apesar de apontarem os aspectos negativos da utilização do preservativo, consideram que os benefícios são maiores e que é vantajoso usar.

F2: *“Tem a sua parte chata, mas tudo tem as duas faces de uma moeda... Por um lado, corta a relação e quebra o ritmo e o clima, mas por outro lado, compensa porque tu sentes-te mais seguro. Quem não usa depois arrepende-se.”*

B2: *“Quimicamente é ruim mas é uma coisa que previne. É sempre bom usar porque nos previne das doenças, é fazer um sacrifício pois é protector.”*

A2: *“Se calhar é um bocadinho mais de incómodo, mas não vou estragar a minha vida.”*

Percepção de auto-eficácia na adopção de comportamentos sexuais saudáveis

Observa-se que cerca de um quarto dos participantes apresenta uma percepção de auto-eficácia na adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

Em relação à negociação da utilização do preservativo, algumas raparigas acreditam conseguir convencer o parceiro a utilizar ou ser capazes de recusar ter relações sexuais se o parceiro insistir em não utilizar.

C1: *“Eu acho que conseguia convencer. Dizia que ou era assim ou ia fazer com outra.”*

A1: *“Se eu já tivesse falado antes e ele não quisesse mesmo com preservativo eu parava logo.”*

B1: *“Eu reagia pela minha segurança. Eu só fazia se fosse com o preservativo.”*

A maioria dos rapazes afirma que não necessitam de negociar a utilização do preservativo pois são as raparigas que normalmente pretendem utilizar.

C2: *“As raparigas querem sempre usar, ainda mais do que os rapazes. Acho que vai ser muito difícil de encontrar uma situação dessas em que ela não queira... até por causa da gravidez.”*

Em relação à colocação do preservativo, os adolescentes do sexo masculino referem sentir-se confortáveis e consideram não ser uma situação que levante problemas. Alguns deles salientam que vão usar sempre o preservativo apesar da sua utilização *“poder atrapalhar um pouco”*.

C2: *“É básico, não temos medo de usar. Já experimentámos isso antes até na brincadeira.”*

B2: *“Toda a gente sabe como é que se põe um preservativo muito antes de ter relações sexuais, eu acho que atrapalha sempre, mas depois não se pensa nisso e usa-se.”*

A2: *“A primeira vez é capaz de ser... mas é só a primeira, não será por isso que não usamos.”*

Um pequeno grupo de adolescentes afirma que tem a capacidade de auto-controlo para que no momento que antecede as relações sexuais garantir que apenas tem relações sexuais protegidas.

A2: *“Há uns que ficam mesmo à beira de fazer mas depois ficam por ali se não tiverem preservativo. Eu paro, sem usar não faço, para ter cinco minutos de prazer ia estragar a vida.”*

B2: *“Se quisesse fazer, podíamos fazer um desvio e ir à farmácia comprar preservativos.”*

A1: *“Acho que se não tivermos ali preservativos é mais fácil dizer para não começar do que depois a meio dizer para parar.”*

Os rapazes referem ainda que ter sempre um preservativo disponível é uma boa estratégia para garantir que vão ter relações sexuais protegidas.

C2: *“Mesmo se surgir esse clima... não fazia sem o preservativo, mas por isso é que acho que devemos estar sempre preparados e prevenidos... termos sempre um preservativo connosco.”*

D2: *“Quando vou a esses sítios já sei que pode acontecer e levo sempre um preservativo.”*

Conhecimentos sobre VIH/SIDA

Os participantes consideram que possuir conhecimentos sobre as formas de transmissão e prevenção do VIH/SIDA pode constituir um factor de protecção.

E2: *“Antes de fazerem têm de pensar e de se informar, têm que ter conhecimento do que pode acontecer ou não, das maneiras que se pode apanhar e saber como é que se pode evitar.”*

A2: *“Hoje em dia as pessoas começam cada vez mais cedo a sua sexualidade por isso é cada vez mais urgente as pessoas estarem informadas.”*

E2: *“Ter informação e saber utilizá-la. Por exemplo têm que saber que o preservativo tem que ser retirado depois da ejaculação.”*

F1: *“Se a pessoa tiver mais informada vai estar mais preocupada com esse tipo de coisas.”*

Cerca de um quarto dos adolescentes pensa que as pessoas já estão informadas e reagem de acordo com os seus conhecimentos, considerando que eles também estão muito bem informados.

C1: *“Eu acho que estou perfeitamente informada.”*

A1: *“Eu acho que a educação sexual não era para ter mais informação porque quase toda a gente tem, mas para se conversar.”*

Para uma pequena parte destes adolescentes, a necessidade de mais informação sobre a “temática do VIH/SIDA” não é pelo menos premente.

E1: *“Eu acho que não é preciso. Eu acho que já sabemos tanto que ainda somos capazes de saber mais do que a pessoa que vem cá dar as aulas. Eu acho que não era necessário.”*

Percepção adequada do grau de vulnerabilidade ao risco de infecção pelo VIH/SIDA

Um pequeno grupo de adolescentes parece ter uma percepção adequada do grau de vulnerabilidade referindo, nomeadamente, que não considera estar em risco pois adopta ou irá adoptar medidas preventivas que diminuem a possibilidade de infecção.

C2: *“Se tivermos confiança no parceiro e se nos prevenirmos, acho que não corremos risco.”*

C1: *“Eu acho que não corro, quando tiver namorado vou ter plena confiança nele e nós também vamos tomar precauções, assim acho que não há problema.”*

B1: *“Eu vou informar o meu companheiro para ele usar... pois ele pode ter passado por outras. Se ele não usar as devidas prevenções, não vou fazer coisas que não acho correctas.”*

Quando questionados acerca de quem corre maior risco de se infectar pelo VIH/SIDA, um grupo de adolescentes utiliza argumentos associados à prática de comportamentos de risco como as relações sexuais desprotegidas e a multiplicidade de parceiros.

F1: *“Os que não usam o preservativo e que têm relações com muitas.”*

B1: *“Se não tiverem os devidos cuidados, todos podem apanhar, não é por ser mais rico ou mais pobre, até um rico pode apanhar. Ninguém pode dizer: desta água não beberei.”*

C2: *Os que vão sair à noite e embebedam-se, depois não sabem o que estão a fazer, não têm consciência, não tomam precauções porque estão bêbados... corre-se muitos riscos.”*

B1: *“Pode ser um rapaz que teve relações com uma rapariga que ele não sabe mas ela tem e ele apanha e depois ele namora com outra e até gosta dela e depois ele pode-lhe transmitir.”*

Adopção de estratégias preventivas protectoras

Quanto às estratégias que podem adoptar para diminuir o risco de infecção pelo VIH/SIDA verifica-se que a estratégia preventiva protectora mais referida é a utilização do preservativo. Apesar de fazerem referência a outras estratégias, como ter confiança no parceiro, parecem estar conscientes de que o uso do preservativo é a única que confere protecção.

C1: *“Eu acho que posso dizer que confio na pessoa e acho que não há problema nenhum, mas nunca é 100% seguro é melhor sempre informarmo-nos e proteger-nos com o preservativo.”*

A1: *“Principalmente nas nossas idades que não estamos tão à-vontade para falar da SIDA com o namorado como estão as outras pessoas, acho melhor o uso do preservativo.”*

A2: *“Nunca se tem a certeza se a outra pessoa tem SIDA ou não, por isso, mesmo com confiança há um risco mínimo é melhor usar o preservativo.”*

Vida sexual activa

Um pequeno grupo de adolescentes considera que o facto de serem sexualmente activos pode ser um factor protector.

D2: *“Os playboys têm muita experiência e fazem muitas vezes podem controlar-se, têm preservativo e podem estar mais prevenidos do que os outros...”*

Atitudes positivas face aos portadores de VIH/SIDA

Observa-se que a maioria das atitudes dos participantes face aos portadores de VIH/SIDA são positivas e tolerantes.

C1: *“Eu considero-me uma pessoa informada e não tenho problemas nenhuns.”*

C2: *“Eu acho que nem se deve tratar a pessoa de forma diferente porque assim já vamos estar a discriminar, o que é pior. Por exemplo, tens SIDA vamos ter pena de ti.”*

E1: *“São pessoas normais só têm é aquele problema. Acho que devem ter os mesmos direitos, que não devem ser excluídas da sociedade. Somos todos iguais.”*

Alguns jovens referem que frequentemente existe o estereótipo da “pobre vítima”, demonstrando sentimentos de compaixão pelos infectados, aspecto que se encontrou em alguns discursos de rapazes.

F1: *“Ainda há muitos que pensam... aí é coitadinho...”*

F2: *“São pessoas doentes que precisam de ajuda. Todos devem ter mais cuidados com elas e ela própria também, porque qualquer doença que apanhe, pode deixá-la mal.”*

B2: *“Talvez até o tratava com um carinho diferente por saber que ele não pode fazer nada para combater aquilo que tem. Eu tenho muita pena dessas pessoas.”*

Atitudes positivas face a um colega infectado

Face à situação potencial de ter um colega portador de VIH/SIDA verifica-se que as respostas da maioria dos adolescentes reflectem atitudes positivas.

B1: *“Não deixava de andar com ela por causa disso. Reagia como uma pessoa normal.”*

F2: *“Deve ser tratado da mesma maneira. Eu estava à-vontade, não tinha problema, apoiava.”*

A1: *“Não rejeitava. Se ele fosse meu amigo continuava ser meu amigo sem problema nenhum, agora se ele não fosse não ia passar a ser amigo dele porque até parecia que tinha pena.”*

5.3.2 Factores familiares

Factores de risco	Factores de protecção
<ul style="list-style-type: none">▪ Mau ambiente familiar e fracas ligações familiares▪ Falta de comunicação sobre sexualidade▪ Estilo parental autoritário▪ Fraca supervisão parental▪ Pressão exercida para as relações sexuais*	<ul style="list-style-type: none">▪ Bom ambiente familiar e boas relações familiares▪ Boa comunicação sobre sexualidade▪ Estilo parental democrático▪ Supervisão parental▪ Suporte de outros familiares

*categoria não considerada inicialmente

Factores de risco

Mau ambiente familiar e fracas ligações familiares

O mau ambiente familiar, as fracas ligações familiares e os conflitos são apontados em quatro grupos como podendo constituir factores de risco.

D1: *“Se tivermos um mau relacionamento com os pais não vamos falar dessas coisas. Também se a filha se sentir ignorada também pode ajudar a que vá ter sexo mais cedo...”*

B2: *“O ambiente familiar também pode prejudicar, por exemplo pais alcoólicos ou drogados, se houver violência em casa e depois estiverem sempre a discutir, isso pode prejudicar a relação entre pai e filho... o filho depois não se sente bem em casa e vai andar sempre na rua.”*

A2: *“Depende do tipo de família. Há pais que tratam mal os filhos e as mulheres. Outros são capazes até de quase praticar relações há frente dos filhos e eles ficam um bocado mentalizados disso e depois não ligam tanto a estas coisas e tudo já é normal...”*

Falta de comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos

A maioria dos adolescentes (apenas dois grupos não abordaram esta questão) considera que a falta ou a deficiente comunicação entre pais e filhos e a não transmissão de informações podem ser factores de risco. Alguns adolescentes referem que quando os pais não conversam com os filhos estes ficam mais expostos às influências dos amigos e este aspecto pode constituir um factor de risco.

D2: *“Como nunca falam com os pais, as miúdas ficam mais influenciáveis pelas amigas e pelos namorados. E depois a menina aparece grávida e nem sabem como é que aconteceu.”*

B1: *“Se calhar nós temos dúvidas e eles ao não virem ter connosco podem prejudicar, pois não nos esclarecem. Depois vão fazer aquilo que os amigos dizem que está bem, e mesmo que os pais digam que está mal, como não conversam muito, eles acabam por fazer.”*

F1: *“Há pais que não permitem que se fale disso, tudo é tabu e dizem: não podes falar sobre isso, não podes pensar nessas coisas, esquece isso e depois eles vão ter com os amigos.”*

A maioria dos participantes de todos os grupos (cerca de dois terços) refere que não conversa com os progenitores sobre questões relacionadas com sexualidade.

D1: *“Não falo nada com eles. Não tenho conversas com eles. São muito fechados, retardados.”*

E1: *“Eu não falo nada com os meus pais. O meu pai só às vezes começa a perguntar se eu tenho namorado mas é só para gozar e dizer que os rapazes são uns malandros e assim...”*

O diálogo sobre sexualidade é muitas das vezes esporádico e limitado ao contexto dos riscos associados à actividade sexual (gravidez e infecção pelo VIH/SIDA), sendo a prioridade dos pais informar sobre as precauções a ter.

E1: *“Com a minha mãe falo sobre os perigos e doenças, mas sobre as minhas coisas não...”*

C2: *“As coisas mais íntimas são para falar com os amigos e as coisas sobre as doenças e o geral fala-se mais com os pais.”*

A maioria dos adolescentes que não dialoga com os pais aponta como principal factor o facto de os pais não se sentirem à-vontade para dialogar com os filhos.

E1: *“Eles têm uma mentalidade muito fechada, principalmente o meu pai. E eu sou menina, então ele tem muito receio de falar dessas coisas... se eu falasse ele ficava todo corado...”*

C2: *“Os pais têm preconceitos e vergonha de falar com os filhos sobre as coisas e depois é difícil conversar. Eles ficam atrapalhados e a pensar agora o que é que eu vou dizer...”*

C1: *“Os meus pais falam como médicos como se falassem com o paciente e não com a filha.”*

Na opinião dos adolescentes, muitas vezes, os pais não têm muitos conhecimentos ou as informações mais correctas.

E1: *“Os pais às vezes não sabem explicar bem as coisas, não têm a informações correctas.”*

A2: *“Há pais que não têm cultura nem conhecimentos. O nível sócio-cultural é importante.”*

Quatro grupos de raparigas descrevem que muitas vezes os pais não consideram importante ou recusam conversar com elas por as considerarem muito novas.

E1: *“Eles pensam que eu sou aquela menina pequenina que ainda não cresci e que ainda não está na altura de falar nessas coisas ... falar com o meu pai era tipo suicídio.”*

F1: *“O meu pai vê-me como se eu estivesse numa caixinha de cristal... e não tivessem coisas a acontecer... Pois eles às vezes não querem ver que nós estamos expostas às coisas.”*

D1: *“Ele diz: ainda no outro dia usaste fraldas ou diz que eu ainda cheiro a leite. O meu pai nunca toca nesse tipo de assuntos, ele ainda pensa que eu sou muito inocente.”*

No entanto, alguns adolescentes referem também ser eles a evitar o diálogo ou porque se sentem desconfortáveis, ou porque não têm à-vontade para conversar com os pais.

A1: *“Eles têm que tentar falar com os filhos desde cedo, pois se tiveres habituada a falar desde cedo é mais fácil. Não é chegar aos 16 anos e aí é que eles querem falar connosco... Comigo eles até podiam falar que eu ficava super-envergonhada que não queria era ficar ao pé deles...”*

F2: *“Eu não, Deus me livre, eles não têm nada a ver com isso. Não é vergonha ou não estar à-vontade, não gosto de falar senão começam a perguntar sobre namoradas e a chatear.”*

C2: *“Às vezes os pais agarram uma oportunidade para falar, mas somos nós que não estamos muito interessados em falar com eles... ficamos pouco à-vontade e fugimos ao assunto.”*

Estilo parental autoritário

A maioria dos participantes (factor não referido em apenas dois grupos) considera que o estilo parental autoritário, a proibição em relação a determinados comportamentos ou a imposição de regras muito rígidas podem ter um efeito contrário e incentivar os comportamentos de risco. Os adolescentes salientam assim, o efeito adverso de lhes ser dada pouca autonomia ou confiança.

E2: *“A palavra proibir, não faças porque não, ainda cria mais vontade e curiosidade de ir mesmo fazer. Às vezes os filhos ficam contrariados e começam a fazer só para contrariar os pais e para se sentirem mais independentes. Aí os filhos acabam por fazer tudo à maluca...”*

C1: *“Quando os pais proíbem exageradamente ainda se vai fazer pior. Quando se apanha sem os pais faz tudo sem pensar e de qualquer maneira, esquece a responsabilidade e fazemos sem o preservativo porque é numa altura que dizemos: aproveita, agarra a oportunidade de fazer.”*

F1: *“Os pais têm medo que os filhos estejam a crescer e impõem regras muito rígidas e isso é mau. Mesmo que lhes custe verem os filhos crescer, eles têm de acompanhar os filhos e há pais que preferem fingir que está tudo na mesma, mas é mau porque eles acabam por não ajudar nada e os filhos têm que viver as suas experiências. Eles só se estão a enganar porque até podemos não fazer isso dentro de casa e parecer umas santinhas, mas cá fora fazemos o que queremos e mesmo coisas que eles não querem e não sabem. Muitos jovens pensam: quando ele era jovem fez e agora comigo é que não me deixa fazer e proíbe-me, então não vou ligar.”*

Fraca supervisão parental

A fraca supervisão dos pais em relação aos seus filhos é apontada pelos adolescentes como sendo um factor de risco.

A1: *“Há pais que também não se importam muito com os filhos e com o que eles fazem ou o que querem e se os filhos faltam à escola eles não querem saber e isso não é bom...”*

B2: *“Se os filhos fizerem alguma coisa de mal e os pais não os avisarem e não ligarem ele vai continuar a fazer o que lhe apetece e a fazer coisas erradas. Muita liberdade também é mau.”*

B2: *“O pior são aqueles que têm muita liberdade, os que os pais não andam em cima deles.”*

Pressão exercida pelos pais para terem relações sexuais

Dois grupos de rapazes referem a existência por parte dos seus pais de alguma pressão ou incentivo para iniciar a actividade sexual ou para a existência de uma multiplicidade de parceiros.

F2: *“Quando os pais começam a perguntar: então já coiso?, o que é que estás à espera? Ainda não, não me digas que és um maricas? Perguntam como se fosse obrigação fazer.”*

A2: *“Eles às vezes dizem coisas aos filhos que eles não têm a noção, mas podem prejudicar... Há pais que acham mal ou não acham normal os filhos só terem uma ou duas namoradas a vida inteira e são capazes de sentir não diria vergonha, mas não ter tanto orgulho no filho.”*

A2: *“Porque às vezes o pai diz que ele foi um galã e o filho agora não é ninguém...”*

Factores de protecção

Bom ambiente familiar e boas relações familiares

A existência de boas relações familiares foi apontada, por todos os grupos, como um dos factores que mais pode proteger os jovens. Realçam que um bom ambiente familiar é a base necessária para a existência de todos os outros aspectos familiares positivos pois, consequentemente permite o estabelecimento de um clima de confiança, amizade e abertura que permite a existência de uma boa comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos.

C1: *“Acho que tem de existir um clima de amizade e confiança entre pais e filhos para estarem à-vontade e abordar qualquer assunto, seja positivo ou negativo e para pedir conselhos e os pais poderem apoiar nas várias situações.”*

C2: *“Os pais que nos deixam ficar à-vontade para lhes pedir informações acho que é muito melhor, ajuda-nos... E isto é com tudo no geral, para depois me sentir à-vontade nestas coisas.”*

Boa comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade

Uma comunicação positiva entre pais e filhos sobre questões da sexualidade que proporcione suporte emocional e um sentimento de apoio foi também considerada por todos os grupos como um factor protector.

C2: *“Eu acho que vem da personalidade de cada um, mas os pais têm, de uma maneira mais íntima ou mais geral, têm de falar com os filhos sobre os assuntos, dar conselhos e apoio.”*

D2: *“Os pais deviam dar conselhos, começar a falar disso antes de chegar à altura para os filhos saberem e não terem só que ouvir os outros.”*

Quando a comunicação é positiva os pais ajudam na resolução de problemas e são uma fonte de suporte emocional. Salientam que o diálogo com os pais é muito importante pois os seus conselhos são mais *“maduros e experientes”*.

E2: *“Se tivermos um grande à-vontade com eles para falarmos sobre todos os assuntos, podem ajudar e bastante, há conselhos que é melhor a família pois vão proteger de situações futuras.”*

C1: *“A opinião dos amigos conta, mas a opinião da minha mãe é mais experiente... madura.”*

B1: *“Os pais já passaram pela nossa idade, sabem o que passaram e o que a gente está a passar e podiam dar exemplos e explicar, portanto era bom falarem, mas eles esquecem-se.”*

D1: *“Os pais devem falar connosco e dizer aquilo que devíamos fazer para não cometermos os erros que eles fizeram. São eles que deviam dar as orientações porque são mais experientes.”*

Existe uma minoria (cerca de um terço) que afirma conseguir conversar com os progenitores de forma satisfatória e sobre tudo o que necessita.

C1: *“Eu posso chegar a casa e contar que o que aconteceu... eu posso contar tudo... ela não precisa de puxar o tema, que eu falo com ela e ela também fala comigo.”*

C2: *“Quando eu tinha 10 anos o meu pai veio ter comigo, falou e explicou. Ele já tem na cabeça que eu estou bem prevenido. Posso falar das namoradas, das prevenções...”*

A2: *“Falo e tenho confiança com os dois, falo sobre sexo, doenças, precauções que devemos tomar, falo como se fossem amigos e de tudo acerca de mim.”*

Contudo, as conversas que os adolescentes estabelecem com os progenitores parecem situar-se mais sobre temas de natureza geral e não sobre problemas que os adolescentes vivem no seu dia-a-dia. De facto, verifica-se que só uma minoria de participantes discute os seus problemas pessoais com os progenitores, delimitando assim um espaço de intimidade que não deseja partilhar com eles.

C1: *“Tenho à-vontade, mas mesmo assim não falo sobre assuntos íntimos, eles não puxam o assunto e não vou ser eu a puxar. Não tenho interesse em falar com eles sobre isso, tenho noção dos riscos que corro e que é preciso usar o preservativo, não é preciso eles falarem.”*

C1: *“Ela às vezes pergunta, mas eu não posso dizer o que falo com os amigos que ela não ia achar graça. Às vezes manda bocas para ver se eu digo alguma coisa, mas não fala comigo...”*

A2: *“Não estou muito à-vontade a falar com os meus pais. Sobre SIDA fala-se bem, mas quando é assim partes mais íntimas e outras coisas prefiro falar com amigos.”*

Estilo parental democrático

Na opinião dos adolescentes, um estilo parental democrático, em que os pais não proíbem, mas estão vigilantes e alertam para os perigos promove a responsabilização, proporciona um sentimento de confiança, uma maior vontade de respeitar os pais e de evitar comportamentos de risco.

F2: *Se os pais deixarem ficar os filhos mais soltos, os filhos tornam-se mais responsáveis, mais independentes. Se tiverem uma liberdade moderada é melhor, se tiverem muito presos e quando se soltam os pais vão ter muito mais dificuldade em controlá-los.*

E2: *“Os pais devem estar disponíveis para ouvir, aconselhar e ajudar, mas sem proibir. Dar mais liberdade, deixar fazer, mas alertar: se quiseres faz, mas olha que... avisar dos perigos.”*

C1: *“Eu gosto que a minha mãe tenha confiança em mim, porque assim dá-me liberdade, se eu me fechar muito ela pode ficar desconfiada. E eu também sei que posso confiar nela.”*

Supervisão parental

A supervisão parental em relação à vida dos filhos é apontada em seis grupos de participantes como um factor de protecção.

D2: *“Os pais devem ter poder sobre os filhos, devem dar liberdade, mas não em excesso.”*

F2: *“Devem corrigir e dizer o que está bem e o que está mal... é para o nosso bem.”*

A1: *“Eles às vezes reagem assim por causa da preocupação para nos defender é normal e até é bom. Nós criticamos porque eles não nos deixam fazer isto ou aquilo, mas quando nós formos pais vamos fazer da mesma maneira se calhar também vamos saber os riscos e proteger...”*

Suporte de outros familiares

Alguns adolescentes referem que na impossibilidade de conversar com os seus pais sobre sexualidade recorrem a outros familiares adultos ou aos irmãos mais velhos para esclarecer dúvidas ou encontrar suporte emocional e ajuda na resolução de problemas.

E2: *“Quando os pais não conversam, os filhos ficam mais fechados. Por isso um irmão mais velho dá bastante jeito.”*

F1: *“Às vezes falo com a minha avó, gosto muito de falar com ela. Ela por ser mais velha entende-me muito melhor, dá a sua opinião e ouve-me...”*

5.3.3 Factores interpessoais (relacionados com os pares)

Factores de risco	Factores de protecção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas na comunicação com o grupo de pares ▪ Pressão/influência dos amigos ▪ Pressão/coacção dos namorados ▪ Normas dos pares: início da vida sexual e não utilização do preservativo ▪ Atitudes negativas do parceiro ao uso do preservativo ▪ Diferença de poder na negociação ▪ Expectativa de consequências interpessoais negativas ▪ Relações sexuais associadas aos consumos ▪ Contextos de risco (discotecas, festas, saídas à noite) ▪ Não utilização do preservativo e o tipo de parceiro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação positiva com o grupo de pares ▪ Compreensão e suporte emocional ▪ Amigos mais velhos e mais experientes ▪ Normas dos pares: início da actividade sexual mais tardio e utilização do preservativo ▪ Atitudes positivas do parceiro ao uso do preservativo ▪ Expectativa de consequências interpessoais positivas ▪ Acesso a preservativos

Factores de risco

Problemas na comunicação com o grupo de pares

Apesar da comunicação com os amigos ter sido maioritariamente referida como tendo uma função de protecção, e a maioria dos participantes considerar os pares como uma fonte confortável e acessível de informação e de apoio, adolescentes de quatro grupos expressaram preocupações no que se refere à veracidade da

informação, referindo que por vezes os amigos não possuem informações correctas, não detêm muitos conhecimentos e os seus conselhos nem sempre são positivos.

E2: *“Temos que nos informar, mas não só entre os amigos, que de certeza que os amigos não sabem tudo. Às vezes, os amigos não dão os conselhos correctos.”*

B1: *“Os pais aconselham-nos sempre para o positivo, enquanto que às vezes os amigos podem aconselhar bem e mal, porque até podem não ter assim tantas informações.”*

D1: *“Podem prejudicar se disserem coisas que não são verdade.”*

Uma minoria de adolescentes aponta algumas dificuldades no diálogo com os pares.

E2: *“Há grupos que nem sequer falam desses assuntos, não é que não sejam amigos, mas ficam um bocado tímidos uns com os outros.”*

E1: *“Podem dar um conselho que não é bom e depois nós fazemos e sai mal.”*

Pressão/ influência dos amigos

Em quase todos os grupos, a pressão exercida pelos pares para a existência de relações sexuais foi um dos factores de risco mais referido, tendo este tema preenchido muito das discussões. A grande maioria dos participantes afirma que muitos jovens se sentem pressionados para ter relações sexuais, sendo unânimes em considerar que este tipo de pressão acontece com uma frequência mais elevada nos rapazes. Os adolescentes descrevem a existência de vários tipos de pressão, nomeadamente pressão directa e pressão indirecta ou influência dos pares.

Pressão directa dos amigos

Os adolescentes reconhecem que a pressão directa dos amigos incentiva a iniciação sexual e, por vezes, as relações sexuais desprotegidas, sendo este factor mais significativo para os adolescentes do sexo masculino.

D2: *“Se eles já fizeram e está só um que ainda não fez, até é posto de parte ou então os amigos dizem: Estás à espera de que? Qual é o problema? Vais usar isso para quê? Dizem: tens namorada e não aconteceu?, cá para mim ela não gosta de ti. Pressionam de qualquer forma.”*

B1: *“Eles põem em causa a masculinidade do amigo, chamam-lhe “paneiro”, és um maricas. Começam a espalhar-se boatos com facilidade e eles para não ficar mal vistos têm que fazer.”*

B2: *“O grupo começa a dizer eh ainda és virgem, não percebes nada disto, nós é que percebemos, nós é que somos os melhores. Depois fazem para se afirmar, para não serem excepções e não interessa como é que acontece, não se tomam precauções, querem é fazer.”*

Influência/pressão indirecta

Os participantes referem que muitas vezes a influência/pressão se expressa de forma indirecta, na medida em que os jovens se pressionam a si próprios para se igualar aos seus pares de forma a *“não se sentirem inferiores”*. Apontam argumentos associados à necessidade de integração e pertença, com a consequente adesão às normas adoptadas pelo grupo em que estão inseridos (início da vida sexual). Os adolescentes afirmam que este factor é mais significativo para os rapazes.

F1: *“Os outros já fizeram e eles não e sentem-se inferiorizadas. Têm que mostrar que são mais machos. Que ficam ao nível dos outros e fazem coisas que se vêm a arrepender.”*

D2: *“Muitas vezes também é a coisa de ser igual ou não sentirmos que somos piores que os outros. Se já fez, os outros rapazes olham para ele e respeitam-no, já fez, tem experiência.”*

E2: *“E se for no grupo de amigos que eles sempre pertenceram, começam a sentir que não podem ser diferentes, sente-se excluído, o grupo começa a afastar-se de nós... e vê-se obrigado a praticar. Às vezes ficam com traumas porque até nem estava preparado para fazer e depois corre mal e a segunda vez se calhar já lhe custa mais.”*

As raparigas descrevem que não costumam sentir pressão no grupo de pares, embora alguns rapazes considerem que, por vezes, esta pressão também acontece.

E1: *“As amigas ajudam-se e compreendem-se. A amiga dá conselhos se acha que deve fazer ou não e quais são as precauções. As raparigas aceitam se uma rapariga é virgem e nem gozam.”*

A1: *“As raparigas não se prejudicam, são mais crescidas e não fazem essas coisas.”*

E2: *“Mesmo entre raparigas também já começa a haver isso do já fiz e tu ainda não fizeste, tu és a virgenzinha ou a menina da mamã. Mas elas são menos pressionadas do que os rapazes.”*

O relacionamento com alguns amigos que os adolescentes denominam “falsos amigos” ou “más companhias” e que “influenciam para coisas negativas” é referido como factor de risco para a iniciação sexual e para as relações sexuais desprotegidas.

C2: *“Se tivermos amigos que sejam rebeldes, que se recusam seguir as normas para o bem-estar de todos, vão-nos influenciar pela negativa. Se tivermos amigos que gostam de estudar, que fazem as coisas sem infringir nenhuma norma, esses amigos vão-nos ajudar muito mais.”*

F1: *“Temos que ter perspicácia e saber escolher a quem podemos pedir opiniões e saber se são bons ou maus conselhos. Por exemplo, a influência dos falsos amigos que nos dizem que sexo sem preservativo é melhor e se calhar vamos experimentar e engravidamos a rapariga.”*

B2: *“É sempre perigoso metermo-nos com más companhias. Quando pressionam para fazermos coisas que não devemos talvez comecemos a não ter um comportamento adequado.”*

D1: *“Podem prejudicar se forem amigos no sentido de pressionarem... eu acho que há pessoas que são fracas e ao serem influenciadas pelos amigos estão a ser prejudicadas.”*

Pressão/coacção dos namorados

A pressão/coacção dos namorados foi considerada, por todos os grupos, como um dos factores de risco para a existência de relações sexuais. A maioria dos grupos tem a percepção de que as raparigas são normalmente pressionadas pelos seus parceiros para ter relações sexuais.

D1: *“Uma amiga que fez porque o namorado lhe disse ou tu fazes ou eu acabo contigo. Têm a ideia de para o agarrar, vou dar-lhe aquilo que ele quer e acabam por se arrepender.”*

B1: *“As raparigas são muito fáceis de levar... uns beijinhos e pronto já está... não querem desiludir o namorado, sentem-se na obrigação de fazer e fazem coisas que não queriam.”*

E2: *“Há umas que já ouvimos dizer que vão com todos, então se nós quisermos é só pressionar e vamos ter o que queremos... as mais oferecidas e mais fáceis sofrem mais pressões.”*

D2: *“O rapaz quando sente desejo pressiona muito a rapariga. Elas não mostram que querem... dizem que não mas nós falamos e conseguimos. E às vezes eles obrigam mesmo...”*

D2: *“Há casos em que os rapazes são muito brutos, querem ter e pressionam as raparigas.”*

Os jovens comentam que a pressão aumenta quando o parceiro é mais velho.

A1: *“Principalmente com os namorados mais velhos... às vezes elas ficam com medo que ele pense que ela ainda não é adulta ou não tem maturidade por causa da diferença de idades.”*

A1: *“Uma rapariga com a nossa idade nunca quer ter um namorado com a mesma idade, quer sempre ter mais velho, porque os rapazes da nossa idade ainda são muito crianças.”*

Um resultado interessante prende-se com o facto de que, apesar de fazerem referência a inúmeras situações de pressão, a quase totalidade dos adolescentes de ambos os sexos afirma nunca se ter sentido ou não se sentir pressionado para ter relações sexuais. Apenas três participantes afirmam já a ter sentido.

A2: *“Eu ando a sentir-me pressionado por causa de uma rapariga. São para aí uns 5 ou 6 a dizer-me sempre para ir e assim e eu não sei o que fazer.”*

Normas dos pares

Em relação à percepção acerca das normas do grupo de pares, nomeadamente em relação ao início da vida sexual e à não utilização do preservativo, foram discutidos vários aspectos que poderão ter uma influência “negativa”.

Norma do grupo de pares face ao início da vida sexual

Quando questionados acerca do início ou não da actividade sexual nos jovens em geral, as respostas variam um pouco de grupo para grupo, sendo a resposta mais frequente a de que muitos jovens já tiveram relações sexuais. Na opinião dos participantes, o facto dos amigos terem relações sexuais incentiva a que eles próprios também sintam curiosidade e vontade de experimentar.

C1: *“Principalmente os rapazes, porque a maior parte dos amigos já não é virgem e ele é quase a excepção, principalmente na nossa idade em que já quase toda a gente experimentou.”*

D1: *“Se eles já fizeram está só um que ainda não pode falar... às vezes eles começam a dizer que já fizeram isto e aquilo e nós também queremos saber como é e vamos experimentar.”*

C1: *“Há muitas raparigas que por estarem num grupo de amigas que todas já fizeram, sentem que são a única que não fez e fazem só para ir dizer a elas e acho isso mal.”*

Normas do grupo de pares face à utilização do preservativo

Em relação à utilização do preservativo verifica-se que, quando comparados, existem mais adolescentes que acreditam que os pares não o utilizam do que aqueles que acreditam que os jovens usam. Os participantes apontam inúmeras situações em que os adolescentes têm relações sexuais desprotegidas.

D1: *“Há quem use, mas eu acho que não se usa naqueles casos em que já se está quase para ir e vê-se que falta o preservativo, aí nem pensam, acontece.”*

D1: *“Dizem que usam mas aparecem imensas raparigas grávidas... há muitos que não usam.”*

B2: *“Os que usam também têm aquele pensamento de experimentar sem preservativo.”*

Seis grupos têm a percepção de que há jovens que não estão preocupados com o uso do preservativo.

D2: *“Há muitas pessoas que ignoram, não querem saber e não usam nada.”*

F2: *“Há uns que até têm informação, sabem das coisas, mas não ligam, não pensam nas consequências e se calhar pensam que não serve para nada e não se esforçam para usar.”*

A1: *“Há uns que deixam passar, que pensam: ah a mim não me vai acontecer isso, não vai ser a mim e fica descontraído. E outros nem pensam em nada.”*

Mesmo os que acreditam que os jovens já utilizam o preservativo reconhecem que não o fazem de forma sistemática.

C2: *“Usam a maior parte das vezes, mas sempre, sempre... é um bocado complicado...”*

D1: *“Sempre, sempre não, porque há sempre aqueles descuidados. Esqueceram-se de pôr ou do tipo afinal agora não me apetece pôr. Deixaram rolar e a coisa aconteceu e não usaram.”*

F1: *“Não, não usam sempre. E também há rapazes da nossa idade que dizem que não gostam e tentam convencer a rapariga a não usar.”*

Atitudes negativas do parceiro em relação à utilização do preservativo

As raparigas apresentam a percepção de que a atitude dos rapazes/parceiros em relação à utilização do preservativo é bastante negativa.

E1: *“Dizem que é melhor ao natural que não querem usar. Eu conheço rapazes que dizem que com o preservativo não é nada, sentem que não é bem relações sexuais...”*

D1: *“Eles não gostam de usar. Dizem: é a tua primeira vez, dá mais prazer, não vamos usar, vou ter cuidado.”*

B1: *“Há muitos que dizem que o preservativo estorva e que gostam de fazer sem, há jovens que não gostam. Há muitos rapazes que vêm com aquelas tretas que o orgasmo é menor.”*

Diferença de poder na negociação do preservativo no contexto das relações heterossexuais

A maioria dos grupos de raparigas refere que, muitas das vezes, as raparigas não conseguem negociar a utilização de preservativo com os seus parceiros e acabam por ceder à sua vontade, o que leva a que não utilizem o preservativo. Alguns rapazes referem que não é difícil convencer uma rapariga a não usar e que, em geral, conseguem sempre fazê-lo.

E1: *“Elas dizem: os rapazes é que têm de usar e isso é mau. As raparigas fiam-se muito neles.”*

D1: *“Muitas vão na conversa deles: és a minha princesa, eu vou sempre ficar contigo, eu amo-te, não é preciso usar preservativo, não tenhas medo que não acontece nada e eu nunca te vou deixar, tu confias muito em mim e eu confio em ti... e há muitas que não usam...”*

F2: *“O rapaz tenta dar a volta à rapariga e normalmente consegue. Se não houver preservativo e a rapariga não quiser fazer o rapaz tenta convencer. Se for um relacionamento duradouro e ela estiver apaixonada, aí, eu acho que ele convence.”*

Um pequeno grupo de raparigas expressa a dificuldade que sente em negociar a utilização do preservativo com o parceiro sexual.

F1: *“Podia estar indecisa e se ele pressionasse até podia acontecer. Se fosse pressionada, não sei... tenho que esperar para ver a minha reacção... é difícil dialogar sobre essas coisas.”*

A1: *“Eu até podia dizer que conseguia parar e se calhar na altura quando ele pressionasse não sei se conseguia, porque uma coisa é dizer outra é fazer.”*

E1: *“Eu não posso dizer desta água não beberei, agora posso estar a dizer que não fazia se ele não quisesse usar preservativo e depois até naquele momento podia vir a acontecer.”*

Expectativa de consequências interpessoais negativas

Os adolescentes referem que a percepção de consequências negativas, nomeadamente o perder o namorado (nas raparigas) ou ser considerado de inexperiente (nos rapazes) pode contribuir para que os jovens iniciem a vida sexual ou não utilizem o preservativo.

F1: *“Algumas fazem porque têm medo que o namorado a deixe e alguns até deixam mesmo.”*

D2: *“Se é uma primeira ou segunda vez, e se ela é mais experiente pode pensar que eu sou um inexperiente e aí os rapazes ficam com um bocado de receio de usar e preferem não usar...”*

Uma minoria salienta que o diálogo sobre a utilização do preservativo no contexto de uma relação amorosa pode significar desconfiança face ao parceiro e criar problemas na relação.

C2: *“À partida temos que ter confiança no parceiro que ele não tem doenças porque senão vai ser pior porque vamos estar a desconfiar e talvez não seja tão bom para os dois.”*

Relações sexuais associadas aos consumos

Quase todos os adolescentes consideram que existe uma associação entre as relações sexuais e o consumo de álcool ou drogas, sendo que, muitas das vezes, estas relações sexuais são desprotegidas.

D2: *“Com a bebedeira, imensas vezes, acontece com uma qualquer... nem sabem bem o que é que fizeram, nem se importam, foi mais uma... não tomam precauções porque estão bêbados. ”*

E2: *“Quando estão bêbados não usam, estão inconscientes, não têm capacidade para distinguir o que está certo e errado. Cometem loucuras, ficam cegos e depois arrependem...”*

E1: *“O álcool ajuda muito... uma pessoa fica descontrolada, aí já não estou preocupado com nada. A pessoa não fica em si e faz as coisas sem a cabeça mandar e não toma precauções.”*

F1: *“Há pessoas que bebem e começam-se a fazer um ao outro, ficam mais carinhosos e começam aos beijos e depois daí até que coiso não é muito. Nem*

sequer pensam se querem fazer ou não quanto mais em usar o preservativo, nem sequer se lembram de o ir buscar.”

A opinião expressa pelos rapazes é que as raparigas que consomem álcool apresentam uma maior fragilidade na medida em que é nestas situações que, muitas das vezes, acabam por ter relações sexuais.

D2: *“As raparigas são mais com o álcool. Os rapazes oferecem bebidas e ela vai ficando bêbada e com o álcool perdem a cabeça e já querem sempre... e é assim que eles conseguem.”*

F2: *“O rapaz faz de propósito e embebeda a rapariga e depois ele aproveita-se logo dessa situação e é capaz de fazer tudo para ela ir na cantiga e fazer...”*

B2: *“Quando elas ficam bêbadas ficam mais oferecidas parecem que estão esgrouviadas, a atirar-se imenso aos rapazes e fica tipo um rapaz... para nós fica sempre mais fácil.”*

Contextos de risco (discotecas, festas, saídas à noite)

De acordo com os participantes no estudo, determinados contextos ou situações, como discotecas, festas, saídas à noite, são de risco pois favorecem as relações sexuais, sendo estas, muitas das vezes, desprotegidas.

D2: *“Muitos é com a miúda que conheceram nas festas, nas discotecas ou numa bebedeira... acaba por acontecer, não pensava, mas de repente surge a oportunidade, aí, é mesmo à pressa, é mesmo só para fazer. Há quem namore uns dias consegue e chega a sexta-feira e acaba com ela porque no sábado vai a uma festa e vai arranjar outra. Há rapazes que não gostam de namorar muito tempo para não se sentirem presos e terem que justificar onde é que vão e porque é que não a levam... assim arranjam mais. ...”*

B2: *“Na brincadeira na discoteca perguntamos uns aos outros: então, quem é que vai ser...”*

Não utilização do preservativo e o tipo de parceiro

Os adolescentes descrevem que as raparigas normalmente têm relações sexuais com um “parceiro estável” ou “namorado” e que os rapazes têm mais frequentemente relações sexuais com “parceiras ocasionais” do que com “namoradas”.

D2: *“As raparigas conseguem controlar mais o desejo então elas fazem na maior parte das vezes com os namorados, mas nós é difícil e assim que nós vemos que há uma oportunidade...”*

E2: *“Os rapazes têm relações mais com curtes... é mais fácil, aconteceu e pronto. São poucos os que fazem com a namorada, elas dizem sempre que não estão preparadas.”*

B1: *“É mais com raparigas que conhecem. Eles procuram o fácil e se são namorados, as raparigas vão achar que se fizerem é para assumir um compromisso e muitos não querem isso. Nas raparigas é claro que há excepções, mas a maioria é mais com o namorado...”*

A maioria dos participantes considera que o tipo de parceiro “estável” ou “ocasional” pode ser um factor que influencia a utilização do preservativo. Na opinião dos adolescentes, o preservativo é mais utilizado em relações sexuais com parceiros ocasionais, referindo que *“com os namorados se usa mais a pílula”* ou *“como se conhece a namorada não há tanta necessidade de usar o preservativo”*.

D2: *“ Com as tais raparigas quando usam alguma coisa é mais o preservativo porque eles não as conhecem, agora os que são namorados já não usam tantas vezes... usam mais a pílula.”*

B2: *“As namoradas conhecemos bem e estamos à-vontade, com as outras só nos conhecemos numa noite, não vou fazer sexo sem preservativo, porque não sei que doenças é que ela tem.”*

No entanto, parece não existir consenso relativamente à utilização do preservativo e o tipo de parceiro sexual pois um pequeno grupo de adolescentes considera que se utiliza mais o preservativo com “parceiros estáveis”, argumentando que os rapazes sentem mais responsabilidade e preocupação quando têm relações sexuais com “parceiras estáveis” do que com “parceiras ocasionais”.

D2: *“Com uma qualquer nós só queremos fazer, na altura está muito bom, mas não queremos saber dela, é tudo à pressa... com a namorada temos mais respeito, mais responsabilidade...”*

A2: *“É mais com a namorada porque se ele gostar mesmo dela não a vai querer engravidar e estragar a vida, mas com amigas se nós formos, por exemplo a Lisboa, saímos com os amigos curtimos, e fazemos com alguém, se a engravidarmos ela depois nunca mais nos encontra.”*

E1: *“Com as outras eles nem se lembram, estão “desmalucados”, não têm consciência do que estão a fazer, muitas vezes já estão bêbados, não estão preocupados com essas coisas, só está interessado em fazer. Se ela engravidar ele não a conhece, ele quer lá saber...”*

Factores protectores

Comunicação positiva com o grupo de pares

Todos os grupos foram unânimes em considerar que o diálogo com o grupo de pares sobre sexualidade permite-lhes sentirem-se mais à-vontade a trocar ideias, ouvir conselhos e esclarecer dúvidas.

F1: *“Eu a conversar com as minhas amigas, já tirei muitas informações e fiquei a saber coisas que nem sequer sabia. Os amigos são a forma mais fácil de obtermos informação sobre isso...”*

B1: *“Nem todos têm a abertura para falar com os pais, aí pergunta-se e até pode haver amigos que conversam com os pais e tiram dúvidas e depois eles podem-nos explicar a nós.”*

C1: *“Com os amigos falamos abertamente, dão-nos conselhos, trocamos ideias. Contamos as nossas coisas, não temos tabus. Vai-se sabendo novas coisas, diferentes experiências, cada um tem a sua e podemos aprender com os outros a ver como é que podemos tomar as decisões.”*

Compreensão e suporte emocional

A quase totalidade dos participantes manifesta a convicção de que os amigos os apoiam, os ajudam e os compreendem muito bem.

F2: *“Não é bem serem os conselhos mais seguidos, mas eles escutam-nos melhor, eles ajudam-nos. Têm a nossa idade, compreendem melhor.”*

C1: *“Os amigos conseguem pôr-se mais no nosso lugar e conseguem ver as coisas com melhor precisão, sabem melhor o que se está a passar... Os pais, já passaram... já foi a vez deles.”*

B1: *“Falando com as amigas podem ouvir mais conselhos e se a amiga for experiente ela vai dizer-te para não cederes a pressões e assim pode ajudar-nos e não ficamos tão sozinhas...”*

Amigos mais velhos e mais experientes

Observou-se que, por vezes, os adolescentes recorrem a amigos mais velhos e mais experientes para se aconselhar e para os ajudar a resolver problemas.

F1: *“Pedimos a alguém mais velho que não tivesse vergonha de ir comprar os preservativos.”*

E1: *“Se tivesse dúvidas falava com um amigo mais velho que eu tenho.”*

Normas dos pares favoráveis ao início mais tardio da actividade sexual

Cerca de um quarto dos adolescentes considera que a maioria dos pares ainda não teve relações sexuais. Os adolescentes salientam que este facto diminui a pressão para ter relações sexuais pois sentem que se enquadram nas normas do seu grupo de pares.

A1: *“Por exemplo, no meu grupo de amigos e na maior parte dos que eu conheço ainda não fizeram e eu acho que quem já teve é que é o único. Então não há assim tanta pressão...”*

F1: *“No geral não há assim muitos jovens que já tiveram, há casos, mas não são a maioria.”*

B2: *“Se calhar são mais os que não fizeram do que os que fizeram.”*

Normas dos pares em relação à utilização do preservativo

Três grupos consideram que a maior parte dos jovens já utiliza o preservativo.

C1: *“Amigos meus acho que usam, pelos menos têm essa mentalidade e dizem isso. Eu acho que sim até porque não custa nada levar um preservativo na carteira.”*

C2: *“Acho que usam, 90% das vezes sim. Eu conheço um caso que mesmo sobre pressão como não tinha preservativo não fez... teve uma vontade de ferro.”*

A1: *“Eu acho que agora quase toda a gente pensa em usar o preservativo. Eu acho que as pessoas estão cada vez mais informadas e por isso cada vez usam mais.”*

Atitudes positivas do parceiro em relação ao preservativo

Grande parte dos participantes tem a percepção de que as raparigas têm uma atitude positiva em relação à utilização do preservativo, podendo este factor funcionar como factor protector para a sua utilização.

D2: *“Elas é que pensam nisso, às vezes dizem que se não tivermos o preservativo não fazem.”*

A1: *“As raparigas preferem usar. Há algumas que pensam que incomoda mas preferem que incomode do que engravidar. São mais prevenidas, perguntam logo: tens preservativo?”*

A2: *“Há sempre a preocupação da parte dela que nós estejamos prevenidos. A rapariga é que pede para usar precauções. Se o parceiro se esquecer do preservativo, elas não querem ter.”*

Expectativa de consequências interpessoais positivas

Uma minoria de participantes aponta consequências interpessoais positivas na utilização do preservativo. O argumento apresentado é que melhora o relacionamento entre namorados, pois por um lado, diminui as discussões e por outro, as raparigas cujos parceiros pretendem utilizar o preservativo sentem-se mais respeitadas na medida em que estes se preocupam com elas.

E2: *“Pelo lado do relacionamento é capaz de ser melhor usar o preservativo porque não há discussão, não há problemas.”*

E1: *“Se for um rapaz decente utiliza o preservativo, porque se eles gostarem da rapariga eles também pensam nela, respeitam-na e preocupam-se.”*

Acesso a preservativos

Alguns adolescentes referem que junto dos amigos há mais facilidade em ter acesso a preservativos. Descrevem que, por vezes, oferecem-se para ir comprar quando os que precisam têm vergonha ou cedem preservativos entre eles.

B1: *“Às vezes quando um rapaz faz anos na brincadeira eles dão. Mas é só entre rapazes... se nós fizéssemos anos uma amiga nunca nos ia dar isso.”*

C2: *“Há alguns que têm um pouco de vergonha e pedem àqueles amigos que já estão mais habituados para ir lá comprar e os outros vão.”*

5.3.4 Factores escolares

Factores de risco	Factores de protecção
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente escolar de risco ▪ Fraco desempenho e falta de aspirações académicas ▪ Abandono escolar ▪ Falta de informação e educação sexual nas escolas ▪ Críticas às sessões de esclarecimento na área da sexualidade ▪ Distribuição de preservativos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente escolar protector ▪ Aspirações académicas** ▪ Informação e educação sexual ▪ Possibilidade de relacionamento com um grande número de pares e outros adultos ▪ Distribuição de preservativos

*Categoria não considerada inicialmente

**Categoria considerada inicialmente, contudo os adolescentes não a consideram factor de protecção.

Factores de risco

Ambiente escolar de risco

Na opinião de uma minoria de adolescentes, o ambiente de algumas escolas pode incentivar à prática de comportamentos de risco e, em particular, de comportamentos sexuais de risco.

C1: *“As escolas das pessoas menos informadas, das barracas, desses bairros sociais, exercem pressão sobre as pessoas. O ambiente da escola e os colegas criam pressão para acontecer.”*

A1: *“Há ambientes... por exemplo se for aquelas escolas perto dos bairros, onde há muitas pessoas que se drogam e consomem álcool pode haver a influência dos falsos amigos.”*

C2: *“Se andarem na escola com pessoal de um nível mais baixo, essas pessoas não diria inferiores mas se calhar menos educadas, se calhar acham comum e normal correrem riscos.”*

Para alguns, a escola não constitui um factor protector no que se refere aos riscos inerentes aos comportamentos sexuais e os jovens que frequentam a escola correm o mesmo risco dos que a deixaram de frequentar.

B1: *“Não concordo que o facto de andar na escola pode ter importância e ajudar. Essa informação não é dada na escola, tanto se corre risco aqui como lá fora.”*

D2: *“Há muitos que andam aqui na escola por andar, para esses é igual estarem cá ou não...”*

E1: *“Eu acho que andar na escola ou não andar não tem grande implicação nesta área. Isso tem mais a ver com a pessoa do que se anda a estudar ou se já deixou de estudar.”*

Fraco desempenho escolar e falta de aspirações académicas

De acordo com alguns adolescentes, ter um fraco desempenho escolar e não ter aspirações académicas podem constituir factores de risco para os comportamentos sexuais.

C2: *“Têm más notas mas não querem saber e como não têm responsabilidades em vez de irem para casa estudar vão com os amigos e é mau...”*

C2: *“Quem não tem nenhum objectivo de estudar ou de pensar no futuro corre mais riscos, ficam mais susceptíveis a esses perigos que qualquer um corre.”*

Abandono escolar

Na opinião dos adolescentes, quem abandona a escola tem menos acesso à informação, menos apoio, podendo ficar mais isolado e mais susceptível aos diferentes riscos.

C2: *“Os jovens que não andam na escola não têm tanto contacto com a informação... Estão mais abertos aos riscos e porque andam na rua são mais confrontados com isso.”*

D2: *“Quem não liga à escola tem menos conhecimentos e informação. Ficam com menos apoio. Passam o dia inteiro a vaguear... não tem que fazer e acaba por correr mais riscos.”*

F1: *“Mesmo que na escola não se fale muito nas aulas sobre isso, mesmo que não venha dos professores, há os amigos, há outras pessoas... Quem não anda na escola fica mais isolado.”*

Falta de informação e educação sexual nas escolas

A maioria dos adolescentes afirma nunca ter tido educação sexual na escola. Consideram que esta falta de informação pode constituir um factor de risco para os comportamentos sexuais.

B1: *“Até agora não falaram nada disso na escola e acho mal. Era bom porque há muitos jovens que têm dificuldades em falar com os pais e não é só ir à Internet ou ler em livros...”*

A1: *“Eu lembro-me quando se começou a falar de haver educação sexual nas escolas foi um escândalo porque os pais não achavam certo, mas é uma estupidez pois faz muita falta.”*

Críticas às sessões de esclarecimento na área da sexualidade

Verifica-se que apenas um terço dos participantes refere ter assistido a sessões de esclarecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e prevenção do VIH/SIDA e gravidez. Os adolescentes apontam várias críticas a estas sessões, nomeadamente que apenas se centram nos riscos da actividade sexual e nas doenças, excluem a abordagem a outros assuntos na área da sexualidade (de interesse para os jovens) e que, muitas vezes, não são adequadas à sua faixa etária.

C1: *“Para eles educação sexual é falar sobre os riscos do sexo, mas não deve ser só dizer as doenças e os riscos porque também há coisas boas, não é? E porque não falar sobre elas...”*

C2: *“Estão sempre a falar sobre as doenças... informarem-nos bem sim, mas dramatizar muito acaba por ser prejudicial. Se não dramatizassem tanto, nós tomávamos os mesmos cuidados e há outras coisas importantes...”*

D1: *“Nós tivemos formação cívica e eu achei aquilo uma palhaçada, era mesmo para crianças, não dava para falar, acabávamos por ficar com as mesmas dúvidas.”*

Os adolescentes que criticam as sessões de esclarecimento afirmam não estarem interessados em ter educação sexual na escola (principalmente, como uma

disciplina) considerando que já estão cansados da constante informação sobre os riscos das relações sexuais e que, normalmente sempre que assistem a acções de esclarecimento permanecem com as mesmas dúvidas.

C1: *“Já estamos fartas de saber o que é que são os problemas do sexo e não há mais nada... Todas as semanas não! Ia haver mais paranóias, sempre com medo de apanhar alguma coisa.”*

C2: *“Não devia ser como matéria e daquelas acções de chegar lá e estarem meia hora a discursar porque não se esclarece nada, ficamos com as mesmas dúvidas.”*

C1: *“Se tivéssemos todas as semanas perdíamos um tema para falar com os amigos... tornava-se uma coisa muito séria, ficavas com uma visão muito adulta e perdia aquela graça.”*

Duas raparigas consideram que a educação sexual poderá incentivar as relações sexuais.

C1: *“Imagina o que era teres durante um ano inteiro todas as semanas a falar sobre isso... ia criar mais pressão sobre os jovens e ia haver mais sexo do que existe.”*

E1: *“Devia ser a partir só de certa idade, porque não é bom um aluno do 6 ano já ter educação sexual. Só se deve ter informação na altura certa, se não pode ser prejudicial.”*

Distribuição de preservativos

A distribuição de preservativos foi considerada por três adolescentes como não sendo benéfica e podendo até constituir um incentivo para os jovens terem relações sexuais.

E1: *“Imagina que se dá um preservativo a uma pessoa que nunca teve relações sexuais, isso até pode levar a pessoa a fazer.”*

E1: *“Eu acho que não se deve dar. É uma coisa íntima e que cada um deve comprar quando achar que é necessário e lhe fizer falta.”*

Factores de protecção

Ambiente escolar protector

Na opinião de alguns adolescentes, o facto de frequentar a escola pode funcionar como factor protector para os comportamentos sexuais de risco.

A1: *“Quem anda na escola sabe mais. Isso ajuda a pessoa a sentir-se melhor com ele próprio.”*

D1: *“A escola ocupa muito o nosso tempo e as iniciativas da escola quando são boas são muito importantes porque nós passamos muito tempo na escola.”*

A1: *“Esta escola como tem nível de vida mais elevado as pessoas já são mais conscientes e cultas já sabem melhor as consequências que tem e o que devem fazer.”*

Aspirações académicas

Os participantes não consideram as aspirações académicas como um factor protector para os comportamentos sexuais.

C2: *“É lógico que é importante uma pessoa gostar de estudar e pensar num futuro mas em termos das relações sexuais não é muito importante.”*

Informação e educação sexual

Os adolescentes consideram que a principal contribuição da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis consiste na informação que poderá ser disponibilizada aos alunos, aspecto referido em todos os grupos entrevistados. De um modo geral, os adolescentes afirmam que gostariam de ter educação sexual na escola, salientando a importância e a necessidade de os jovens estarem informados sobre essas questões.

B1: *“Era bom nesta altura que nós pensamos nessas coisas e se começa a ter relações sexuais. Sabíamos mais sobre as relações sexuais e outras coisas. Ninguém fala sobre isso...”*

E1: *“Estamos na adolescência e há muitas mudanças e era bom explicarem-nos, era bom podermos conversar com alguém de fora e não houvesse consequências sobre o que dissemos.”*

F1: *“Devia-se falar de tudo mas não é no geral, as coisas devem ser explicadas com pormenor, eu estou a referir-me a tudo mesmo...”*

E2: *“Há jovens que moram no monte e nunca saem e nem convivem com os amigos e que depois não têm muita informação. Para uns se calhar já não é preciso, mas para outros é.”*

Cerca de um terço dos participantes refere já ter assistido a sessões de esclarecimento, apontando-lhe alguns aspectos positivos.

D1: *“Já tive. Contavam-nos episódios e falávamos. Dá-nos maneiras diferentes de pensar.”*

E1: *“Só tivemos uma sessão, falaram connosco sobre tudo, ensinavam a meter o preservativo.”*

C2: *“Eu fui a uma em que nós escrevíamos num papel anónimo as dúvidas e isso era bom, porque mesmo que tivéssemos vergonha, em grupo é difícil e assim podíamos perguntar...”*

O esclarecimento de dúvidas e a troca de ideias foram dos aspectos mais referidos pelos adolescentes para a necessidade de acções na área da educação sexual. Salientam a importância do estabelecimento de um clima de à-vontade e confiança que permita uma comunicação positiva.

E1: *“Nós temos algumas dúvidas e como não conseguimos falar com os pais era importante.”*

D1: *“Achava óptimo para expormos as nossas dúvidas para uma pessoa que sabia, que nos compreendia e nos tentava explicar de maneira que nós entendêssemos melhor.”*

F2: *“É preciso estabelecer um clima de à-vontade para as pessoas exporem as suas dúvidas. Há muitos que têm vergonha de falar sobre isso.”*

Relativamente à forma como gostariam que estas sessões fossem implementadas, os adolescentes avançam várias sugestões, nomeadamente a realização de debates e acções participativas com demonstrações e visionamento de filmes, com caixas de perguntas confidenciais e sem obrigatoriedade em assistir. Salientam ainda, a importância da selecção de quem monitoriza estas sessões.

B1: *“Explicar como é que se põe o preservativo, por exemplo com uma banana, uma amiga teve e experiências dessas era bom.”*

B1: *“Se houvesse uma pessoa que pudéssemos ir quando temos uma dúvida... e que mais ninguém soubesse, porque senão quando se espalha uma coisa...”*

A2: *“Debates teóricos e práticos. Uma parte em que nós participávamos e outra parte que ficávamos a ouvir, eram importantes as duas coisas. Podia ser uma coisa voluntária...”*

C1: *“Houve uma acção na escola e a enfermeira era tão simpática que dava vontade de a pessoa falar, podias fazer perguntas que te iam informando sobre as tuas coisas.”*

Na opinião dos adolescentes, as sessões em pequenos grupos podem ter mais sucesso, não existindo contudo, consenso entre os participantes sobre se as sessões deviam ser mistas ou separadas por géneros.

E2: *“Estamos aqui seis e quando se introduziu o tema da sexualidade começaram a rir. Uma turma inteira, com mistura de sexos, mais complicado seria... ia ficar tudo na brincadeira.”*

A1: *“Era melhor ter raparigas e rapazes separados. Não devia ser mas acho que as raparigas às vezes depois ainda têm vergonha e os rapazes levam sempre tudo para a brincadeira.”*

A1: *“Eu acho que era mistura, mas grupos pequenos assim como estamos aqui. É porque também é bom nós sabermos qual é a opinião dos rapazes.”*

Possibilidade de relacionamento com grande número de pares e outros adultos

Na opinião de alguns adolescentes, a escola permite um relacionamento com um grupo alargado de pares e com outros adultos. Salientam que este relacionamento pode ser positivo pois permite dialogar sobre as questões da sexualidade, aspecto ainda mais significativo, para os jovens que não o conseguem fazer com os pais.

B2: *“A maior parte não fala com os pais e se tivessem apoio na escola ia ser mais fácil. A maioria da informação que os jovens adquirem é na escola através dos amigos e a conversar com alguns professores e é bom saber a opinião de outras pessoas.”*

E1: *“De colega para colega dão informação e às vezes por alguns professores.”*

Distribuição de preservativos

Muitos adolescentes referem que consideram importante a distribuição de preservativos na escola.

F2: *“Deviam distribuir preservativos e dar indicações de como é que se devem usar.”*

E1: *“O ano passado a própria associação de estudantes deu. Há campanhas sobre a SIDA, mas muitas não dão preservativos... há algumas que dão mas a maioria não dá e deviam dar...”*

F2: *“Podiam dar os preservativos e ensinar a colocar e dar pílulas para as raparigas.”*

5.3.5 Factores comunitários

Factores de risco	Factores de protecção
<ul style="list-style-type: none">▪ Bairros desfavorecidos▪ Dificuldade na aquisição de preservativos▪ Normas sociais referentes aos papéis de género▪ Meios de comunicação social e Internet▪ Prostituição e adopção comportamentos de risco*	<ul style="list-style-type: none">▪ Facilidade no acesso/ aquisição de preservativos▪ Apoio social: Instituições /associações▪ Meios de comunicação social e Internet▪ Serviços de Saúde▪ Prostituição e adopção de comportamentos protectores*

*Categoria não considerada inicialmente

Factores de risco

Bairros desfavorecidos

Na opinião de alguns adolescentes, o facto de se viver em bairros socialmente desfavorecidos pode constituir um factor de risco.

C1: *“Os ambientes familiares e isso, a zona onde moram é importante... se eles viverem em sítios em que normalmente as pessoas não tomam precauções eles também vão tomar.”*

D2: *“Nos bairros mais degradados há poucas pessoas que estão informadas, e jovens também, muitos têm pouca informação, já ouviram falar da SIDA, mas não sabem bem o que é...”*

D2: *“Os playboys que têm 2 ou mais têm um carrinho e andam sempre aí a engatar miúdas.”*

Dificuldade na aquisição de preservativos

Quando questionados acerca da facilidade ou dificuldade em adquirir preservativos, os adolescentes (alguns rapazes e a maioria das raparigas) referem que sentem vergonha, que é constrangedor ou difícil, existindo mesmo um grupo de raparigas que referem que eram incapazes de os comprar.

E1: *“Mas já viste o que é a vergonha de chegares a um supermercado e ires com uma caixa de preservativos? A senhora da caixa começa a olhar para ti... eu não era capaz.”*

B2: *“Há muitos acessos, mas é muito público, grande mau aspecto... tudo a olhar para mim.”*

E1: *“Nós que moramos na aldeia é constrangedor pois ao fim do dia toda a gente já sabe que se foi lá comprar. As raparigas nem compram mesmo, por timidez, sentem-se inibidas...”*

Quanto ao custo dos preservativos, alguns adolescentes fazem referência ao seu elevado preço, afirmando que isso pode ser uma barreira à sua aquisição.

D1: *“Eu acho que eles usam, mas não usam mais por terem que comprar...”*

E2: *“Eu acho que deviam de ser de graça, são muito caros.”*

B2: *“Eu acho que deviam baixar o preço dos preservativos.”*

Normas sociais referentes aos papéis de gênero

Os adolescentes referem que uma das barreiras à aquisição de preservativos por parte das raparigas prende-se com o receio da sua reputação.

A2: *“As raparigas pensam: vão-me ver a comprar... ainda pensam que eu sou uma maluca.”*

D2: *“Para as raparigas é mais difícil, têm vergonha e não compram.”*

A quase totalidade dos participantes refere que são raras as raparigas que andam com preservativos, fazendo também alusão ao receio de consequências na sua reputação. Cerca de metade das raparigas refere que era incapaz de o fazer.

F2: *“Se elas trazem o preservativo na mochila, há pessoas que podem começar logo a pensar outras coisas, que elas já coiso e ficam mal vistas... E elas não querem isso.”*

D1: *“Eu não ando, “porra”... o que é que iam pensar...também nem podia andar... se os meus pais vissem...”*

Na opinião de uma minoria de raparigas devem ser os rapazes a responsabilizar-se pela sua aquisição.

E1: *“Porque para eles é normal, a meu ver cabe a eles comprarem porque são eles que usam.”*

E1: *“Ela também toma partido, mas ele é que deve tomar essa iniciativa.”*

F1: *“Fazíamos apelo aos nossos namorados para eles irem comprar.”*

Meios de comunicação social e Internet

Na opinião de alguns adolescentes os meios de comunicação social, nomeadamente a televisão e a Internet, podem incentivar a actividade sexual.

A2: *“A televisão alicia um bocado as pessoas com os filmes que passam. Hoje em dia, com os filmes e toda a gente a falar sobre isso, acho normalíssimo que aconteça cada vez mais cedo.”*

E1: *“A televisão e a Internet são meios informativos, às vezes até demais. Há coisas que não deviam transmitir...são prejudiciais.”*

Prostituição e adopção de comportamentos de risco

Os adolescentes referem que ainda existe um grupo de rapazes que têm relações sexuais com prostitutas e que este facto pode constituir um factor de risco na infecção pelo VIH/SIDA.

D1: *“Eu conheço quem vá às meninas...colegas meus. Vão a partir dos 17 e 18 anos porque há casas que não os deixam entrar mais cedo...”*

E2: *“Eu acho que a partir dos 15 para cima já há muitos jovens que começam a ir...”*

F2: *“Estes correm mais riscos porque essas badalhocas que estão lá já tiveram mais homens e maior probabilidade de apanhar a SIDA.”*

F2: *“As casas de prostituição às vezes exigem que seja com o preservativo, agora essas aí da rua querem mas é o dinheiro...”*

Factores de protecção

Facilidade no acesso/ aquisição de preservativos

A maioria dos adolescentes considera que existe um bom acesso aos preservativos na medida em que se podem adquirir em vários locais como as farmácias, supermercados, discotecas, sanitários públicos, entre outros. Os adolescentes referem que, muitas vezes, obtêm preservativos através de ofertas em campanhas, em centros de juventude, em festas organizadas pelas associações de estudantes. Alguns pais fornecem preservativos aos filhos (quando estes são rapazes).

C2: *“Por acaso já tinha comprado preservativos, mas o meu pai veio e deu-me.”*

E1: *“Isso é a coisa mais fácil. Há nas caixas na porta das farmácias, nas casas de banho e mesmo nas discotecas e supermercados.”*

C2: *“É muito fácil há aquelas caixas fora das farmácias que basta pôr o dinheiro e sai os preservativos. E agora até temos ofertas.”*

Apesar da grande maioria referir que é muito fácil ter acesso aos preservativos, apenas uma minoria afirma sentir facilidade na sua aquisição.

C2: *“Não se deve sentir vergonha até porque é um acto admirável. Vergonha é quem não usa.”*

A2: *“Ia lá na boa, não vamos ter vergonha por nos estarmos a proteger.”*

B2: *“Eu não acho que é difícil, vai-se às caixas da farmácia ou então esperas pelas três da manhã quando não está ninguém, vais lá e compras ou em alguns quartos de banho públicos.”*

E2: *“Eu como não moro cá é mais fácil comprar porque aqui ninguém me conhece.”*

A totalidade dos participantes considera que comprar preservativos é mais fácil para os rapazes do que para as raparigas.

E1: *“Os rapazes não têm tanta vergonha.”*

B1: *“É mais fácil para os rapazes.”*

Os adolescentes afirmam que há muitos rapazes que andam com preservativos. Apenas três ou quatro raparigas refere também ter preservativos.

D1: *“A maioria dos rapazes já anda com um no bolso, até as raparigas andam. Eu tenho um preservativo nem que seja para um amigo, dá sempre jeito...”*

F2: *“É mais normal o rapaz ter o preservativo no bolso ou na carteira do que elas.”*

C1: *“Muitos rapazes já têm na carteira ou até pediu em casa.”*

Algumas raparigas referem que não se importam de comprar preservativos quando não são elas que os vão utilizar. Por vezes, o grupo de amigas compra para uma amiga que precisa.

C1: *“Já me pediram imensas vezes para ir comprar e eu fui toda à-vontade, qual é que é o problema?, mas quando for para mim também vou fazer a triste figura: podias comprar-me?”*

C1: *“Já fomos às máquinas (não era para mim) mas estavam avariadas, depois fomos à farmácia, mas a nossa amiga, que era para ela, não entrou porque estava com vergonha...”*

C1: *“Quando é para os outros, ah não tem problema vai lá... mas depois quando é para nós parece que vamos na rua e toda a gente sabe... é complicado.”*

Apoio social: Instituições/ Associações

Os adolescentes salientam o papel positivo de algumas Instituições ou Associações na distribuição, quer de preservativos, quer de informação.

D2: *“Eu tenho um centro lá ao pé da minha casa que dão. Se eu tivesse problemas falava com aqueles psicólogos das instituições. Há uma só disso (SIDA) que as pessoas podem lá ir...”*

B1: *“Aqueles instituições que dão, se calhar metem menos vergonha.”*

B2: *“Podemos tentar encontrar em campanhas de associações que eles muitas vezes dão preservativos... Por exemplo, na escola da minha irmã, na universidade do Porto, quando há campanhas, eles dão preservativos e se ela trazer para casa, já são mais alguns.”*

Meios de comunicação social e Internet

Os meios de comunicação social, nomeadamente a televisão e a Internet foram avançados pela maioria dos grupos como meios informativos na área do VIH/SIDA. A maioria dos grupos refere ter conversado com os progenitores sobre temas sexuais a propósito de programas televisivos.

F1: *“Às vezes estamos a jantar e o telejornal ou uma reportagem puxa o assunto, e aí comentamos, falamos sobre esses assuntos, sobre as doenças e riscos.”*

E1: *“A televisão passa informação sobre isso a toda a hora. As pessoas estão informadas porque a televisão é um meio de informação bom, quer dizer não é muito bom... mas informa.”*

D2: *“Às vezes quando dá uma notícia na televisão sobre estas coisas eles dizem: ah vê lá se tens juízo, vê lá onde é que te metes, mas não falamos mais nada...”*

Serviços de Saúde

Uma pequena minoria refere que os Serviços de Saúde podem ser utilizados, quer para fornecer informação, quer para distribuir preservativos e métodos contraceptivos. No entanto, quando questionados sobre a sua utilização, nenhum dos adolescentes que aponta a possibilidade de recorrer aos Serviços de Saúde afirma já o ter feito. Na opinião de alguns, os jovens não se sentem confortáveis nestes serviços.

C1: *“Se nós quisermos informações existem os centros de saúde. Eu não vou lá pedir informações, mas podias ir...”*

C1: *“Tu já estás informada mas se calhar há pessoas que não estão informadas e que não têm aquele à-vontade de ir ao centro de saúde.”*

E1: *“Talvez fôssemos ao planeamento familiar, mas não conheço ninguém que já tenha ido.”*

Prostituição e adopção de comportamentos protectores

Alguns adolescentes descrevem que o facto dos rapazes recorrerem à prostituição não os coloca em risco de se infectarem pelo VIH/SIDA na medida em que são as prostitutas que exigem a utilização do preservativo quando têm relações sexuais.

E2: *“Quando um indivíduo está bêbado e recorre a uma casa de meninas de certeza que essas não vão querer arriscar porque é o seu trabalho e usam.”*

F2: *“Nas casas de prostituição exigem um papel dos testes a dizer que eles não têm SIDA para fazerem sem preservativo. Mas até é mais barato com o preservativo.”*

E2: *“Quando vão às casas de meninas, aí são elas que muitas vezes obrigam a usar.”*

5.3.6 Questões ligadas ao género

As questões de género introduzem diferenças nos vários assuntos abordados. No que respeita às razões para o início da vida sexual, os adolescentes descrevem que para os rapazes terem relações sexuais não é necessário amar uma rapariga, mas apenas ter desejo ou sentir-se atraídos fisicamente e que para as raparigas terem relações sexuais é necessário estar apaixonada pela pessoa.

F2: *“Para os rapazes não interessa se gosta dela ou não... se chegar uma rapariga e lhe mostrar que quer fazer, ele diz logo vamos. As raparigas têm de ter a certeza de que os dois se amam.”*

F2: *“Eu acho que não é preciso amá-la. Se aparecesse uma rapariga toda jeitosa ao pé de mim e quisesse, eu não precisava de amá-la. Acho que ninguém conseguia dizer que não...”*

A1: *“As raparigas querem que esse dia seja um momento especial que seja para lembrar para sempre, memorável, enquanto que para os rapazes não, eles querem é fazer...”*

Os adolescentes consideram que existem diferentes papéis de género e que estes papéis têm impacto nos comportamentos sexuais adoptados por cada um dos géneros, nomeadamente no início das relações sexuais, na frequência das relações sexuais e na multiplicidade de parceiros.

B1: *“Uma rapariga acha que não se deve dar a muita gente e reserva-se mais, enquanto que o rapaz é capaz de aproveitar todas as situações.”*

F2: *“Se for uma rapariga badalhoca, ou seja, assim mais solta que faz com muitos é mais fácil, se for com uma rapariga que quer ter namorado já é mais difícil, ela já não se deixa apanhar.”*

D1: *“Há rapazes que se gabam muito, já comi aquela e a outra, consideram-se uns ganhões, uns experientes na matéria e às vezes nós é que passamos por deslavadas.”*

D1: *“Algumas é que provocam, elas roçam-se, infelizmente são elas... mas isso é de Kengas.”*

No que diz respeito aos factores individuais, nomeadamente em relação aos factores de risco, observa-se que os temas abordados nas categorias “características da personalidade” e “défice de competências” parecem ser mais relevantes para as raparigas pois foram referidos por todos os grupos de raparigas, mas apenas por dois grupos de rapazes. Relativamente à percepção acerca das relações sexuais são as raparigas que mais frequentemente apresentam uma visão negativa, salientando que as relações sexuais nesta idade são um erro e que causam arrependimento pois os jovens, normalmente não têm maturidade suficiente ou não se sentem preparados para iniciar a actividade sexual, fazendo-o apenas por pressão, quer dos pares, quer dos namorados. Os rapazes, por outro lado, tendem a atribuir menos significado às relações sexuais, verificando-se que vários discursos apresentam uma visão banal da actividade sexual. Os adolescentes referem que o desejo de experimentar, a curiosidade e a procura de novas sensações são factores que incentivam os rapazes a iniciar a vida sexual. Os efeitos positivos que advêm do tornar-se sexualmente activo são distintos consoante o género. Os jovens afirmam que para os rapazes esses efeitos prendem-se com a aquisição de um estatuto, a percepção de uma melhor auto-imagem e o entretenimento, enquanto que para as raparigas esses benefícios situam-se mais ao nível da possibilidade de se sentirem amadas, agradar ao parceiro e manter uma relação amorosa e afectiva. Quatro adolescentes do sexo feminino referem que, por vezes, as jovens têm relações sexuais desprotegidas com intenção de engravidar.

Em relação às crenças negativas face ao preservativo, algumas subcategorias foram exclusivamente apontadas por um dos géneros. O “*fazer doer*” e “*os rapazes não gostam de usar*” foram apenas referidas pelas raparigas, enquanto que “*tira a sensibilidade*” e “*corta a relação*” foram apenas avançadas pelos rapazes. Relativamente à intenção de não usar preservativo e à percepção de pouca auto-eficácia na adopção de estratégias protectoras são os rapazes que afirmam com mais frequência que não vão deixar de ter relações sexuais se a oportunidade existir por não ter preservativo e as raparigas que mais frequentemente referem não saber qual será o seu comportamento no momento.

Quanto às estratégias de prevenção de VIH/SIDA são os grupos de rapazes que fazem maior referência a estratégias que conferem risco de infecção. Em relação à adopção de medidas preventivas são as raparigas quem normalmente assume esta responsabilidade. Verifica-se que mesmo os adolescentes que consideram que a

responsabilidade deve ser partilhada pelos dois admitem, em última análise, que são as raparigas que acabam por assumir a maior responsabilidade na medida em que são elas que correm o risco de engravidar.

Não se encontram diferenças entre géneros na percepção da invulnerabilidade face ao risco de infecção. No decorrer dos discursos dos adolescentes, a gravidez indesejada aparece como o risco que mais os preocupa quando têm relações sexuais desprotegidas, comparativamente ao risco da infecção pelo VIH/SIDA, embora esta preocupação seja mais significativa para as raparigas. Quase todos os participantes afirmam que são os rapazes quem costuma ter a iniciativa de ter relações sexuais. Verifica-se que os rapazes apresentam mais frequentemente atitudes menos positivas ou discriminatórias face às pessoas infectadas com o vírus do VIH/SIDA.

Relativamente aos factores de protecção, as raparigas parecem estar mais informadas e interessadas nas questões relacionadas com a sexualidade. A importância de possuir características da personalidade e competências que lhes permita negociar a adopção de comportamentos sexuais saudáveis numa relação heterossexual foi mais abordada nos grupos de raparigas. Comparativamente com os rapazes, as raparigas apontam mais razões para o início da vida sexual que denotam maturidade e enquadramento num relacionamento afectivo, salientando o “sentir-se preparada”, o “amor”, a “confiança” e o “à-vontade”. Algumas referem também sentir curiosidade e vontade de experimentar, no entanto, para as raparigas ao contrário dos rapazes, estes aspectos não são apontados como principais razões para decidir iniciar a vida sexual. Em relação às crenças face ao preservativo, os adolescentes do sexo masculino apresentam mais crenças positivas do que os do sexo feminino. Quanto à ponderação entre o custo e o benefício de utilizar o preservativo são os rapazes que consideram existir mais vantagens na sua utilização, apesar das raparigas considerarem que são elas que normalmente preferem usar. Relativamente à percepção de auto-eficácia na adopção de estratégias protectoras são os rapazes que mais referem que não têm dificuldade em utilizar o preservativo. Quando questionados acerca de como seria convencer um parceiro a utilizar o preservativo, os rapazes respondem que não necessitam de negociar a sua utilização pois são as raparigas que normalmente o pretendem usar. Não se encontram diferenças entre géneros em relação aos adolescentes que apresentam uma adequada percepção da vulnerabilidade face ao risco de infecção pelo VIH/SIDA. No que se refere às atitudes face às pessoas

infectadas, as raparigas apresentam atitudes mais positivas face aos portadores de VIH/SIDA.

Relativamente aos factores familiares, encontram-se também diferenças de género, nomeadamente em relação à percepção que os adolescentes têm sobre o que os pais pensam das relações sexuais na adolescência. De uma forma geral, a maioria das respostas das raparigas vão no sentido de que os pais têm uma visão muito negativa das relações sexuais nos filhos e que, geralmente, consideram que é muito cedo para iniciar a vida sexual.

D1: *“Eles ficavam escandalizados. Acham que devíamos ainda brincar com bonecas.”*

D1: *“Se eu lhes dissesse, dava-lhes uma coisinha má, a minha mãe matava-me e o meu pai ainda era pior... ele já me disse que se eu aparecesse com um preto nos matava aos dois...”*

F1: *“Era uma coisa horrível para eles se soubessem. Se soubessem de alguém que tivesse feito até diziam: agora deixas de andar com aquele porque ele é má companhia.”*

Para os rapazes, os pais consideram normal que os filhos tenham relações sexuais e apenas ficam preocupados se estes não adoptaram medidas de protecção.

C2: *“Quando sabem começam logo a perguntar se tomaste as precauções, tens que ter cuidado com isso, em relação aos preservativos dizem se quiseses eu dou-te dinheiro e vais comprar.”*

D2: *“O meu pai tem que achar normal porque ele com a minha idade já tinha tido um filho. A minha mãe no outro dia até me disse que eu já lhe podia dar um neto...”*

F2: *“Acham natural. Se calhar a maior parte dos pais já sabe que os filhos já fizeram.”*

Os rapazes salientam existir uma diferença em relação à percepção que os pais têm sobre o início das relações sexuais dos filhos consoante o género.

F2: *“Acham normal que os filhos sim e as filhas não. Os pais acham que é normal para os rapazes desde que tenham cabeça, mas se for rapariga já é complicado, aí já acham anormal.”*

F2: *“A filha é só quando ela tiver um namorado certo para o casamento aí é que pode fazer. Com os rapazes é tudo mais à-vontade, têm mais liberdade, não há risco de ele engravidar...”*

Alguns adolescentes consideram esta distinção entre géneros normal e referem que irão ter este comportamento quando forem pais.

F2: *“Quando eu for pai, eu acho que vou dar mais liberdade ao meu filho do que à minha filha. Pois porque se me aparece uma filha grávida...”*

F2: *“Porque um rapaz quanto mais fizer melhor é admirado, agora uma rapariga...”*

Na comunicação entre pais e filhos também se encontram diferenças entre géneros. As raparigas referem maioritariamente conversar mais com as mães e os rapazes mais com os pais.

C2: *“Falo mais com o meu pai, ele está sempre mais disponível para ouvir, talvez o pai me entenda melhor. Ele é homem e já passou pelo mesmo e sabe o que poderá acontecer de mau. A mãe não sabe tão bem o que pode acontecer a nós rapazes... as mães apoiam mais as filhas.”*

B1: *“O meu pai quando era mais novo sabe o que é que fez na vida e sabe como é que é a maioria dos rapazes e então ele começa logo a dizer: oh rapariga não te metas nisso que ainda és muito nova, e os rapazes só querem uma coisa... a minha mãe compreende melhor.”*

Alguns adolescentes referem que há vantagens em falar com o progenitor do sexo oposto.

C2: *“Com a mãe tem vantagem porque vê-se os problemas que as raparigas podem ter, às vezes é bom falar com ela, mas não falo de coisas íntimas como falo com o meu pai.”*

Os dados apontam para diferenças no estilo parental de que rapazes e raparigas são objecto. Quase todos os grupos concordam que as raparigas são sujeitas a um controlo mais acentuado do que os rapazes, manifestado por um maior número de proibições neste campo.

E1: *“Se for rapaz, eles deixam sair à noite e se for rapariga começam a dizer que me podem raptar, podem-me violar...e não deixam.”*

B2: *“Os pais protegem as filhas, resguardam-nas porque vêem a virgindade como preciosa.”*

A1: *“O meu pai para os meus irmãos diz: aproveitem e não sei mais o quê, mas para mim ele diz que eu tenho que ter cuidado. O meu pai e os meus irmãos falam imenso e comigo não.”*

Algumas raparigas consideram que os pais têm razão para ter diferentes comportamentos consoante o género.

B1: *“Eu acho que às vezes não dá para ter confiança. Os pais sabem que as filhas são mais sentimentais e eles sabem que se nós gostarmos de um rapaz ele é capaz de nos convencer, as raparigas caem mais facilmente na tentação se o rapaz que elas gostam quiser.”*

Em relação aos factores de risco de ordem familiar são as raparigas que mais frequentemente referem que a falta ou a deficiente comunicação entre pais e filhos e a não transmissão de informações podem constituir factores de risco. Observa-se que algumas subcategorias foram exclusivamente apontadas por um dos géneros. O facto de os pais recusarem conversar sobre estas temáticas por considerarem os filhos muito novos foi apenas apontado pelas raparigas. A existência por parte dos pais de pressão ou incentivo para iniciar a actividade sexual ou para a existência de uma multiplicidade de parceiros foi apenas avançada pelos rapazes.

Relativamente aos factores familiares protectores verifica-se que as raparigas sublinham a importância do estabelecimento de um clima de confiança e abertura de forma a promover uma comunicação positiva sobre sexualidade entre pais e filhos, enquanto que a função de apoio na ajuda à resolução de problemas foi mais saliente nos rapazes.

Relativamente aos factores interpessoais (relacionados com os pares), nomeadamente em relação ao diálogo sobre sexualidade verifica-se que as raparigas conversam igualmente com grupos alargados e pequenos grupos, escolhendo a situação dependendo do tipo de conversa em causa, respectivamente conversas gerais ou íntimas. As adolescentes preferem falar com as amigas.

F1: *“Se eu fosse falar sobre um namorado falava com uma amiga, agora sobre sexo no geral falo também em grupo.”*

Os rapazes referem maioritariamente conversar em grupo e de forma geral, salientando que não gostam de falar sobre eles próprios e que normalmente conversam mais com rapazes.

C2: *“Nós falamos mais em grupo. Mas falamos sobre opiniões, doenças e contraceptivos, fala-se mais no geral... não me sinto bem a falar sobre mim e das minhas experiências...”*

A2: *“Eu falo mais abertamente sobre essas coisas e esses pormenores com rapazes. Quando falamos com raparigas elas podem interpretar-nos mal, quando nós levamos na brincadeira elas podem achar que nós estamos a ofende-las e se calhar nós só estávamos a conversar...”*

Alguns adolescentes referem vantagens em conversar, sobre esta temática, com amigos do sexo oposto.

C1: *“É muito interessante falar com rapazes porque é outro ponto de vista, porque às vezes pensamos que eles vêem as coisas de uma maneira e depois vemos que não era nada assim.”*

D2: *“Falo mais com rapazes, mas às vezes se quero falar de coisas mais sérias prefiro falar com as raparigas, elas percebem melhor certas coisas mais sentimentais.”*

Quando questionados acerca das principais diferenças entre géneros no que respeita ao diálogo sobre sexualidade, os adolescentes referem que os rapazes falam mais à-vontade sobre estas questões do que as raparigas. As raparigas *“levam mais a sério”* estas conversas, enquanto que os rapazes *“falam mais na brincadeira e com piadas uns aos outros”*.

Em relação aos factores de risco interpessoais são os rapazes que mais frequentemente consideram que, por vezes, os grupos de amigos podem constituir um factor de risco, na medida em que *“podem influenciar para coisas negativas”*. Relativamente à pressão sentida para ter relações sexuais, os adolescentes referem que as raparigas são normalmente pressionadas pelos seus parceiros, enquanto que os rapazes são frequentemente pressionados pelo grupo de pares. De um modo geral, são os rapazes que mais frequentemente consideram que os jovens já iniciaram a actividade sexual. Em relação às razões que facilitam a ocorrência de relações sexuais desprotegidas verificam-se diferenças em duas subcategorias. Os adolescentes referem mais que, muitas das vezes, as raparigas não conseguem negociar a utilização de preservativo e acabam por ceder à vontade do parceiro e não usar. Os adolescentes do sexo masculino apontam frequentemente as suas respostas para o facto de que no momento *“não há tempo de pensar”* no preservativo. As consequências interpessoais negativas subjacentes à utilização/negociação do preservativo prendem-se maioritariamente com a preocupação de poder *“perder o namorado”* para as raparigas e com o ser considerado inexperiente para os rapazes. Na opinião dos adolescentes, as

raparigas têm normalmente relações sexuais com “parceiros estáveis” e os rapazes mais frequentemente com “parceiras ocasionais”.

Relativamente aos factores interpessoais protectores verifica-se que são as raparigas que mais consideram que os amigos exercem a função de apoio e as compreendem muito bem. Em relação à utilização do preservativo, os adolescentes têm a percepção de que as raparigas têm uma atitude positiva em relação à sua utilização, o que pode funcionar como factor protector.

Em relação aos factores relativos à escola não se verificam diferenças de género nas diferentes categorias avançadas, quer nos factores de risco, quer nos factores de protecção. No entanto, parece haver por parte das raparigas uma maior referência à importância da educação sexual na escola, quer para transmitir informação, quer para desenvolver competências para lidar com as pressões sentidas.

Em relação aos factores comunitários encontram-se diferenças nas normas sociais relacionadas com os papéis de género. A totalidade dos adolescentes refere que as raparigas apresentam uma maior dificuldade na aquisição de preservativos, existindo um grupo de raparigas que era incapaz de os comprar. Os discursos dos adolescentes demonstram que são raras as raparigas que andam com preservativos, enquanto que há bastantes rapazes que o fazem.

5.3.7 Questões ligadas à localização geográfica (região)

Em relação aos factores individuais de risco, os dados sugerem que as raparigas do Alentejo (escola E e F) percebem ter menos competências para adoptar comportamentos sexuais saudáveis e reconhecem, mais frequentemente, poder ceder à pressão dos namorados ou não saber como irão reagir no momento. Em relação à informação são os adolescentes do Alentejo que consideram que ainda existem muitas pessoas pouco informadas e os que mais afirmam ter dúvidas. Em relação ao início da actividade sexual são os adolescentes de Lisboa (escolas C e D) que mais frequentemente consideram que os jovens já iniciaram as relações sexuais. São as raparigas da escola F e das escolas do Porto (escolas A e B) que apresentam uma visão mais negativa das relações sexuais e do comportamento dos rapazes em relação às raparigas. São as raparigas do Alentejo que mais

referem preocupar-se com uma gravidez indesejada. O receio em utilizar o preservativo foi avançado pelos adolescentes do sexo masculino das escolas A, E e F. Quanto à percepção da invulnerabilidade verifica-se que são os adolescentes do Alentejo que menos referem razões correctas para não se sentirem em risco, ou seja, os que mais apresentam uma percepção incorrecta da invulnerabilidade. São os rapazes do Porto que apresentam atitudes menos positivas face aos portadores de VIH/SIDA, em particular, os da escola B.

Relativamente aos factores individuais de protecção verifica-se que são os adolescentes de Lisboa que mais referem que as pessoas já estão informadas e que se consideram mais informados. Os adolescentes das escolas A e C parecem apresentar mais competências para adoptar comportamentos sexuais saudáveis (recusar ter relações sexuais indesejadas e negociar o preservativo). Em relação às crenças face ao preservativo constata-se que são os adolescentes das escolas A e C que apresentam menos crenças negativas, e em particular os da escola C e os rapazes da escola A, que são os únicos grupos que apresentam mais crenças positivas que negativas. A subcategoria “*os rapazes não gostam de usar*” apenas não foi referida pelas raparigas das escolas A e C. São os adolescentes da escola C que apresentam mais atitudes desfavoráveis ao sexo desprotegido, que consideram que a maioria dos jovens utiliza o preservativo quando tem relações sexuais, que expressa uma maior intenção de usar o preservativo e uma percepção de auto-eficácia para adoptar medidas preventivas, sendo os que menos referem que podia acontecer terem relações sexuais desprotegidas. Verifica-se que são também os adolescentes desta escola que mais apresentam uma adequada percepção da vulnerabilidade com associação à necessidade de adopção de medidas preventivas.

Em relação aos factores familiares são os adolescentes de Lisboa que menos referem que os pais devem dar mais liberdade aos filhos e os adolescentes do Alentejo que mais referem que um estilo parental autoritário com base na proibição e ameaça pode constituir um factor de risco.

Relativamente aos factores interpessoais encontram-se diferenças no que se refere à frequência com que os adolescentes conversam acerca da temática da sexualidade. Enquanto que os adolescentes do Porto referem conversar esporadicamente sobre estes assuntos, os de Lisboa referem que a sexualidade é um tema muito abordado nas conversas que estabelecem com os pares.

C1: *“Se calhar é como se costuma dizer que é a malícia da idade, diz-se qualquer coisa e levamos tudo para lá. Não temos tabu. Não temos problemas em falar disso”*

A1: *“Só falamos raramente, às vezes quando surge o tema, mas é raro.”*

São os adolescentes do Alentejo que descrevem que muitos jovens sentem vergonha em falar sobre a temática da sexualidade.

F1: *“Pode acontecer não termos à-vontade com ninguém porque há jovens muito reservadas que não falam e depois ficam isoladas. Têm vergonha de falar delas e não dizem nada.”*

No decorrer dos discursos, os grupos das escolas B, D e F apresentam uma visão bastante estereotipada do papel sexual feminino e dos comportamentos sexuais que devem ser adoptados pelas raparigas. Em relação ao tipo de parceiro com que os jovens têm relações sexuais são os adolescentes do Alentejo que mais consideram que os jovens têm, maioritariamente relações sexuais com “parceiros ocasionais” e os adolescentes da escola C com “parceiros estáveis”. Relativamente à associação entre o consumo de álcool ou drogas e as relações sexuais em contextos de risco verifica-se, com excepção dos adolescentes das escolas A e C, que todos os adolescentes referem que este consumo constitui um dos factores de maior risco. No decorrer dos discursos constata-se que são os adolescentes da escola D que mais fazem referência à multiplicidade de parceiros e que consideram que esta prática leva a que os adolescentes corram mais riscos. São os adolescentes da escola C que expressam maior capacidade para lidar com a pressão dos namorados e dos pares e mais afirmam tomar decisões ponderadas e independentes.

Relativamente aos factores escolares verifica-se que são os adolescentes com o estatuto socioeconómico mais baixo, nomeadamente das escolas B e D, que mais referem que não frequentar a escola pode constituir um factor de risco. Algumas raparigas da escola E consideram que a educação sexual em idades precoces e a distribuição de preservativos pode ser prejudicial. São estas raparigas que menos sugestões avançam em relação à forma como gostariam que decorressem as sessões de educação sexual.

Em relação aos factores comunitários, nomeadamente a aquisição de preservativos, são os rapazes de Lisboa que mais descrevem ser fácil e que não

sentem vergonha em os adquirir. Quando questionados, são os rapazes das escolas de Lisboa (C e D) e os adolescentes das escolas A e F que referem que andam com preservativos. Os adolescentes das escolas B, D e E consideram elevado o preço dos preservativos, referindo que este factor pode constituir uma barreira à sua aquisição.

5.4 Discussão

Os resultados do estudo qualitativo demonstram a necessidade de considerar os diversos factores de risco e de protecção de nível individual e do contexto de vida dos jovens para se alcançar uma maior compreensão dos comportamentos sexuais relevantes para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA.

Factores individuais

As características da personalidade, nomeadamente pouca auto-estima e “personalidade fraca” foram referidas pelos adolescentes como podendo constituir factores de risco. Um grupo argumenta que, na maioria das vezes, os jovens ainda não têm maturidade para um envolvimento sexual, alegando que as relações sexuais nesta idade são precoces e que ocasionam, frequentemente, arrependimento e consequências negativas, quer em termos emocionais, quer em termos de saúde (Kaltiala-Heino et al., 2003; Wight et al., 2000). Vários estudos sugerem que o início da actividade sexual mais tardio aumenta a probabilidade de já ter ocorrido o desenvolvimento cognitivo, emocional e de competências que pode proteger os adolescentes das potenciais consequências negativas da actividade sexual (Paradise et al., 2001). Os adolescentes indicam como factores de protecção, a elevada auto-estima, a maturidade, a determinação e o sentido de responsabilidade, tal como sugerem os resultados de outros estudos (Salazar et al., 2005).

O défice de competências necessárias à adopção de práticas sexuais seguras e o não tomar decisões ponderadas foram avançados como factores de risco. Os adolescentes especificam que existem situações distintas consoante o género para “*não conseguir impor a sua vontade*”. Reconhecem que muitas raparigas apresentam dificuldade em recusar relações sexuais indesejadas ou quando o parceiro não quer usar o preservativo. Nos rapazes, a questão centra-se em não saber como evitar a pressão exercida pelo grupo de pares, sendo que alguns

referem “*ceder à vontade do grupo*”. Um pequeno grupo de rapazes descreve que nem todos sabem colocar correctamente o preservativo e que esse aspecto pode constituir um factor de risco. Vários autores chamam a atenção para o facto de que a decisão de usar ou não o preservativo é influenciada pela percepção da capacidade para o colocar (Lindemann & Brigham, 2003; Villarruel et al., 2004).

No contexto das relações interpessoais, os adolescentes argumentam que possuir competências para impor a sua vontade e saber evitar pressões é extremamente importante. As competências comunicacionais, nomeadamente o conversar com o parceiro, a capacidade para “dizer não”, a capacidade para resistir às pressões dos pares e parceiros, as competências na tomada de decisão definidas pelos adolescentes como “tomar decisões ponderadas e fazer apenas o que é da sua vontade” foram apontadas como aspectos relevantes para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis (Crosby, DiClemente et al., 2002; Halpern-Felsher, Kropp, Boyer, Tschann, & Ellen, 2004). Constata-se que foi nos grupos de raparigas que estas questões se tornaram mais proeminentes, resultados coincidentes com outros estudos que salientam que a pressão exercida por parte dos parceiros é um factor de grande relevância na tomada de decisão das raparigas, levando a que estas se envolvam, muitas vezes, em relações sexuais de risco (Nahom et al., 2001; Sionean et al., 2002). Um resultado interessante prende-se com o facto de que, apesar deste tema ser muito debatido como uma questão fundamental nos jovens, poucos foram os participantes que reconheceram não possuir as competências abordadas.

Os resultados do estudo sugerem a existência de lacunas importantes no conhecimento de alguns grupos de adolescentes acerca da transmissão e prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e revelam que a maioria dos participantes considera que ainda possui dúvidas e conhecimentos incorrectos no que diz respeito a algumas estratégias de prevenção (Morrison-Beedy et al., 2002; Park et al., 2002). Um exemplo é o de um pequeno grupo que faz referência à utilização da pílula como medida preventiva face à infecção pelo VIH/SIDA. No entanto, cerca de um quarto dos adolescentes pensa que as pessoas já estão informadas e reagem de acordo com os seus conhecimentos. Consideram que eles também estão muito bem informados, sendo as raparigas que reportam ter mais conhecimentos e estar mais conscientes e preocupadas com esta problemática (Langille et al., 1998; Matos, Battistutta et al., 2003; Tapia-Aguirre et al., 2004).

Na opinião dos adolescentes, apesar de algumas pessoas não agirem em conformidade com as informações que possuem, ter conhecimentos acerca dos modos de transmissão do vírus do VIH/SIDA e das formas de prevenção constitui um factor de protecção (Rock, Ireland, Resnick, & McNeely, 2005). Tal como outros estudos sugerem, o nível de conhecimento nesta área adquire também uma importância adicional indirecta pois se o conhecimento não é adequado existe uma maior probabilidade de os indivíduos apresentarem receios inapropriados de infecção através de contactos sociais com pessoas portadoras do VIH/SIDA, o que para além de poder afastar os adolescentes dos principais modos de transmissão da infecção e os colocar em risco, reforça as atitudes negativas em relação aos infectados pelo VIH/SIDA (Herek et al., 2002; Pinel, 1999).

Quanto às atitudes e motivações em relação ao início das relações sexuais constata-se que as raparigas percebem, mais frequentemente, o início da vida sexual integrado no desenvolvimento psico-afectivo e enquadrado no contexto de uma relação romântica e de compromisso, enquanto que os rapazes associam mais as relações sexuais ao prazer físico e à ocasionalidade e reportam menos envolvimento emocional e comprometimento (Cláudio & Sousa, 2003; Eyre & Millstein, 1999; Hoppe et al., 2004; Ozer et al., 2003; Paradise et al., 2001). A maioria das raparigas e um pequeno grupo de rapazes consideram que o facto da primeira relação sexual acontecer num contexto de um relacionamento afectivo aumenta a probabilidade de esta ser uma experiência positiva.

O tornar-se sexualmente activo foi reconhecido como fazendo parte do desenvolvimento normal da adolescência. Contudo, um grupo de adolescentes critica a posição de alguns jovens que têm relações sexuais apenas para parecerem mais adultos. Na sua opinião, a maturidade não está relacionada com o ser sexualmente activo, mas pelo contrário, deve ser compreendida em termos de se ser capaz de resistir à pressão dos outros e tomar decisões independentes e responsáveis. O facto de os adolescentes, em especial as raparigas, referirem que irão ter relações sexuais quando se sentirem preparados demonstra uma posição concordante com uma progressão desenvolvimental e no âmbito das noções de independência e maturidade (Duncan, Dixon, & Carlson, 2003; Paradise et al., 2001). No entanto, um grupo alargado de adolescentes aponta os limites das decisões individuais em termos da necessidade de se ter em conta também o contexto social em que estas decisões são tomadas.

A existência de diferentes atitudes e intenções em relação ao início da actividade sexual vai ao encontro dos resultados obtidos num estudo com jovens de escolas secundárias realizado por Whitaker et al. (2000). Estes autores agruparam os adolescentes em cinco grupos distintos com base na sua experiência sexual e intenção relativamente a esta questão: jovens que não tinham iniciado a vida sexual e apresentavam baixa expectativa de a iniciar, jovens que não tinham tido relações sexuais mas apresentavam grande expectativa de iniciar a actividade sexual, jovens que tinham tido relações sexuais apenas uma vez, jovens que tinham relações sexuais frequentemente com um parceiro e jovens que tinham relações sexuais com vários parceiros. Os autores sublinham que os vários grupos de jovens apresentavam diferenças entre si nas variáveis individuais e do contexto e nas necessidades específicas na área da sexualidade e prevenção do VIH/SIDA (Hopkins et al., 2004; Zwane et al., 2004).

As expectativas de consequências positivas subjacentes ao tornar-se sexualmente activo, como sejam, aquisição de um estatuto (principalmente no grupo de pares), percepção de uma melhor auto-imagem (principalmente ligada com o conceito de masculinidade) e entretenimento podem funcionar, na opinião dos participantes, como incentivos ao início da actividade sexual, mas apenas para os rapazes. O desejo de experimentar, a curiosidade e a procura de novas sensações (desejo sexual) foram também avançadas como razões que levam os rapazes a iniciar a vida sexual, algumas vezes, em contextos de risco (Hansen et al., 2004). Pelo contrário, atitudes desfavoráveis à actividade sexual na adolescência e a expectativa de consequências negativas parecem ser factores que favorecem a abstinência sexual (Bersamin, Walker, Waiters, Fisher, & Grube, 2005; Sather & Zinn, 2002). Os resultados demonstram que algumas raparigas reportam atitudes positivas em relação à abstinência sexual e à intenção de adiar o início da actividade sexual, tal como sugerem outros estudos (Aarons et al., 2000; Bersamin et al., 2005; Lammers et al., 2000).

Um resultado interessante prende-se com a associação que os adolescentes estabelecem entre comportamentos de risco e diferentes experiências sexuais. Neste contexto, afirmam que, quer a primeira relação sexual, quer o ter vida sexual activa podem constituir factores de risco (Stone & Ingham, 2003). A literatura refere que a primeira relação sexual é, muitas vezes, sinónimo de relação desprotegida e que o aumento da experiência sexual está associado a multiplicidade de parceiros e

a relações sexuais desprotegidas (Cerwonka et al., 2000; Manning et al., 2000; Whitaker, Miller, & Clark, 2000).

Em relação às atitudes acerca do preservativo verifica-se que a maioria dos adolescentes apresenta mais crenças negativas do que positivas, o que é um dado importante na medida em que as atitudes e crenças negativas que significam, muitas vezes, barreiras percebidas parecem estar associadas a uma menor utilização do preservativo (Crosby et al., 2003). Constatou-se, contudo, que uma minoria faz uma maior referência a crenças positivas e apresenta uma atitude bastante favorável em relação ao preservativo, salientando a naturalidade e facilidade de o usar e a protecção conferida pela sua utilização.

A maioria dos participantes considera a utilização do preservativo uma das formas mais eficaz de prevenção das IST's e do VIH/SIDA e declara que este deve ser utilizado em todas as relações sexuais. No entanto, no decorrer dos seus discursos reconhecem que as relações sexuais desprotegidas podem acontecer, apresentando alguns pouca intenção e percepção de auto-eficácia na adopção de estratégias protectoras. Este parece ser um indicador de que os factores associados às práticas sexuais são bastante mais complexos do que apenas o conhecimento acerca das medidas de prevenção e dos riscos inerentes à actividade sexual desprotegida. Neste contexto, o processo de tomada de decisão poderá reflectir mais a influência de factores emocionais e contextuais do que racionais e cognitivos (Foreman, 2003).

Os adolescentes expressam a ideia de que o envolvimento afectivo e os relacionamentos mais estáveis levam à desvalorização da necessidade de adopção de medidas preventivas (Kershaw et al., 2003; Royce & Seals, 2001). A distância psicológica que é necessário criar para se abordar o tema da SIDA e do sexo seguro, bem como a visão do parceiro como um potencial risco para a sua saúde parecem ser incompatíveis com a noção de romance (Claúdio et al., 1994). Por outro lado, a relação sexual acontece dentro de uma situação espontânea e de confiança e a utilização do preservativo parece entrar em contradição com essa situação (Talashek et al., 2004; Willig, 1998).

No processo de tomada de decisão, os jovens reconhecem que muitos adolescentes, principalmente rapazes, preferem não “*desperdiçar a oportunidade*” de ter relações sexuais mesmo que para isso tenham que correr os riscos inerentes

às relações sexuais desprotegidas. Por outro lado, alegam que, principalmente para as raparigas, os benefícios relacionados com a expectativa de estabelecer uma relação de intimidade e o desejo por uma relação de longa duração reduzem o peso das potenciais consequências negativas nos comportamentos sexuais de risco (Foreman, 2003). Os adolescentes referem também que as potenciais consequências positivas da adopção de medidas preventivas (que apenas se apresentam a longo prazo) não podem competir com as gratificações imediatas das relações sexuais, como a sedução, a excitação sexual, o sentir-se amado, entre outras. Um pequeno grupo de adolescentes faz referência a que algumas raparigas têm relações sexuais desprotegidas com a intenção de engravidar, afirmando que este desejo está por vezes associado à tentativa de conseguir manter a relação com o seu parceiro ou como descrevem “*prender o namorado*” (Davies et al., 2004; Hacker et al., 2000). Estes resultados estão de acordo com investigações que sugerem que no processo de tomada de decisão, a expectativa de consequências positivas subjacentes ao início das relações sexuais e à actividade sexual desprotegida se torna mais importante do que a percepção dos benefícios de adoptar comportamentos sexuais saudáveis.

Um importante factor para a tomada de decisão é o grau em que a pessoa sente que controla a situação (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001). Os jovens alegam que o envolvimento sexual diminui a capacidade de auto-controlo, o que pode funcionar como factor de risco (principalmente para os rapazes) na medida em que esse aspecto torna improvável a utilização do preservativo no momento de ter relações sexuais. Os participantes referem que se os preservativos não estiverem acessíveis a probabilidade de terem relações sexuais desprotegidas aumenta pois os jovens indicam que a grande maioria “*não pára só porque não tem preservativo*” (Bryan, Aiken, & West, 1999).

Na opinião dos adolescentes, são as raparigas que normalmente, no contexto de uma relação heterossexual, se preocupam mais com a adopção de medidas protectoras, no entanto, pelos seus discursos verifica-se que são os rapazes, comparativamente com as raparigas, que consideram existir mais vantagens no uso do preservativo (Parsons et al., 2000).

De facto, rapazes e raparigas encontram-se em situações desiguais no que diz respeito à adopção de medidas preventivas. Enquanto que os homens podem sempre usar o preservativo, as mulheres têm que solicitar e negociar a sua

utilização (Crosby, DiClemente et al., 2002). Na adopção de estratégias protectoras são os rapazes que mais referem que não têm dificuldade em usar o preservativo se essa for a sua intenção pois consideram que as raparigas têm atitudes positivas face ao preservativo e normalmente pretendem utilizá-lo (Dilorio et al., 2001; Murphy et al., 1998). Assim, os rapazes reportam ter mais controlo nas relações sexuais, maior intenção e percepção de auto-eficácia na utilização do preservativo do que as raparigas que são as que mais frequentemente referem não saber qual será o seu comportamento no momento de ter relações sexuais (Buysse & Van Oost, 1997; Mizuno et al., 2000). O que parece acontecer é que, apesar de se verificar que as raparigas do estudo estão motivadas para a prática do “sexo seguro”, a percepção de atitudes negativas dos parceiros face ao preservativo aumenta a percepção da dificuldade em introduzir a sua utilização no contexto de uma relação heterossexual. Este factor contribui para diminuir o impacto da intenção e percepção de auto-eficácia das raparigas para adoptar comportamentos de protecção, como se verificou em algumas raparigas que reconhecem que provavelmente irão ceder à vontade do parceiro. Vários estudos sugerem que a limitada capacidade para negociar o preservativo com os seus parceiros juntamente com a percepção de pouco controlo nas relações sexuais está associada a uma maior probabilidade de ocorrerem relações sexuais desprotegidas (Rosenthal et al., 2002; Wingood & DiClemente, 2000). Estes aspectos podem justificar o facto das questões relacionadas com a importância de promover competências, autonomia e controlo ter sido dominante nos discursos das raparigas.

Algumas adolescentes percebem-se como tendo menos poder de negociação do que os rapazes, no entanto, verifica-se existir um grupo de raparigas que parece estar decidida a assumir parte desse controlo na relação e na adopção de estratégias preventivas, criticando as raparigas que sobrestimam o poder dos parceiros nas relações heterossexuais.

Um grupo de adolescentes expressa atitudes desfavoráveis em relação ao sexo desprotegido, apresenta uma forte intenção de utilizar o preservativo e afirma ter a certeza de que não irá ter relações sexuais desprotegidas. Alguns, apesar de apontarem as desvantagens da utilização do preservativo, consideram que os benefícios da utilização são maiores do que os custos e que é vantajoso usar. Cerca de um quarto dos adolescentes apresenta uma percepção de elevada auto-eficácia para adoptar comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente as raparigas na negociação do sexo seguro e na recusa de relações sexuais

desprotegidas e os rapazes na colocação do preservativo. Os adolescentes do sexo masculino sugerem que ter sempre um preservativo disponível é uma boa estratégia para garantir relações sexuais protegidas. Este grupo de adolescentes considera que o facto de o parceiro desejar utilizar o preservativo é uma qualidade positiva, um indicador de comportamento responsável e demonstra maturidade (Bryan et al., 1999; Stanton et al., 2002).

A maioria dos participantes não considera estar em risco de se infectar pelo VIH/SIDA, não se encontrando, de uma forma geral, diferenças em relação ao género. Alguns apresentam, no entanto uma percepção incorrecta do grau de vulnerabilidade e utilizam um conjunto de estratégias não válidas de forma a racionalizar a fraca percepção de risco face à infecção (Bettinger et al., 2004; Kershaw et al., 2003). Os argumentos mais referidos estavam relacionados com a selecção, a confiança, a familiaridade e o bom conhecimento do parceiro sexual (Crosby et al., 2000; Stone & Ingham, 2002; Zwane et al., 2004). Os adolescentes (principalmente as raparigas) apontam também como estratégia preventiva o dialogar com o parceiro sobre a sua história sexual e o seu estado serológico, no entanto várias pesquisas têm demonstrado que o diálogo acerca do anterior comportamento de um parceiro como medida de protecção poderá não ser uma estratégia segura e efectiva (Niccolai et al., 2004; Ramirez et al., 2000). Os adolescentes salientam que muitos deles utilizam mecanismos de negação e não acreditam que eles possam ser vulneráveis ao VIH/SIDA, não assumindo seriamente o potencial risco que correm. Estes dados vão ao encontro de estudos que salientam que a percepção de invulnerabilidade e uma pré-disposição optimista conduzem a situações em que os jovens subestimam o risco real (Hoppe et al., 2004).

Por outro lado, os adolescentes utilizam os acontecimentos mais recentes para tomar decisões. Neste caso, os jovens acreditam que o facto de terem tido relações sexuais desprotegidas de onde não resultaram consequências negativas, nomeadamente infecção pelo VIH/SIDA, poderá ser indicador de que isso não irá acontecer no futuro.

A SIDA permanece irreal, com pouca ameaça e risco muito abstracto na medida em que os jovens têm poucos exemplos de pessoas infectadas. Uma minoria de adolescentes acredita que é possível detectar quem é portador do VIH/SIDA e logo evitá-lo. Neste grupo, tal como em outros estudos, a percepção do grau de

vulnerabilidade das pessoas está associada aos tradicionais grupos de risco (prostitutas, toxicodependentes) e a preconceitos ligados a determinados comportamentos sexuais, como a multiplicidade de parceiros (Claúdio & Sousa, 2003; Comer & Nemeroff, 2000), embora não apareça relacionada com a homossexualidade como foi reportado existir num estudo anterior com uma amostra de jovens portugueses (Pereira, 1997).

Por vezes, o sentimento ligado ao perigo de infecção é excessivo, sendo apresentado como algo que acontece rapidamente e que atinge todos os indivíduos sem discriminação. Um aspecto interessante é o facto de se verificar que a sobrevalorização do risco foi frequentemente associada à infecção através de contactos não sexuais e a situações “impossíveis” de evitar, que se podem traduzir em sentimentos de fatalismo (Haavet, Straand, Saugstad, & Grunfeld, 2004; MacPhail & Campbell, 2001). Este discurso que evoca arbitrariedade e situações sem controlo poderá contribuir para a diminuição da motivação para a mudança de comportamento, especificamente a redução do risco de infecção através da transmissão sexual. Os dados parecem ainda demonstrar que a infecção pelo VIH/SIDA aparece associada a comportamentos “socialmente não desejáveis”, o que possivelmente indica que as pessoas infectadas tendem a estar relacionadas com esses comportamentos e a ser alvos de exclusão social.

Um pequeno grupo de adolescentes parece ter uma percepção adequada do grau de vulnerabilidade, afirmando que não considera estar em risco pois adopta ou irá adoptar medidas preventivas que diminuem eficazmente a possibilidade de infecção. Quando questionados acerca de quais os jovens que correm maior risco de se infectar pelo VIH/SIDA verifica-se que os argumentos utilizados estão associados à prática de comportamentos de risco, como as relações sexuais desprotegidas e a multiplicidade de parceiros. Em relação às estratégias que podem adoptar para diminuir o risco de infecção pelo VIH/SIDA indicam que o uso do preservativo é a mais eficaz.

Neste estudo, os adolescentes atribuem maior prioridade à prevenção da gravidez do que à prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, sendo esta preocupação mais significativa para as raparigas, argumentando que “*as raparigas é que engravidam*”. Os adolescentes são unânimes em reconhecer que são as raparigas quem normalmente assume a responsabilidade da utilização de métodos contraceptivos (Bender & Kosunen, 2005). Outro aspecto a salientar, coincidente com resultados

encontrados em várias investigações, é que provavelmente os adolescentes que utilizam o preservativo fazem-no mais para evitar a gravidez do que para prevenir a infecção pelo VIH/SIDA, principalmente no contexto de uma relação romântica (Whaley, 2000; Wulff & Lalos, 2004). A maior preocupação com a gravidez indesejada parece ter implicações nas estratégias preventivas que adoptam quando têm relações sexuais, ficando a protecção contra o VIH/SIDA para segundo plano (Royce & Seals, 2001). A infecção pelo VIH/SIDA não é considerada pelos adolescentes como um risco iminente na medida em que os comportamentos adoptados não acarretam consequências imediatas. A separação no tempo entre os comportamentos de risco e suas consequências leva a que os adolescentes se preocupem menos com a infecção pelo VIH/SIDA.

A maioria dos participantes de todos os grupos salienta que existe discriminação e estigma social associado aos portadores de VIH/SIDA. Descrevem que muitos indivíduos infectados sofrem de isolamento porque as pessoas, por falta de informação, reagem com medo e afastam-se. Embora a maioria dos adolescentes saiba que a SIDA não se transmite pelo contacto social, alguns expressam receios e medos indefinidos (Talashek et al., 2004). Grande parte dos participantes apresenta atitudes positivas face aos portadores de VIH/SIDA, no entanto os rapazes apresentam mais frequentemente, atitudes menos positivas ou discriminatórias face às pessoas infectadas com o vírus e fazem referência ao estereótipo da “pobre vítima” associado ao doente de SIDA.

Factores familiares

Os factores familiares, nas suas diferentes componentes, foram identificados como factores que influenciam positiva e negativamente as atitudes e comportamentos sexuais, resultados também descritos por outros estudos (Hutchinson et al., 2003; Kingon & Sullivan, 2001; McNeely, Shew et al., 2002)

Os adolescentes sugerem que o impacto parental nos comportamentos sexuais dos adolescentes depende em larga medida da qualidade da relação que os pais estabelecem com os seus filhos. Tal como esperado e descrito por outros autores, os adolescentes consideram que a combinação entre relações próximas, ambientes de suporte emocional e promoção do desenvolvimento da independência influencia positivamente as atitudes e comportamentos sexuais (Dittus & Jaccard, 2000; Huebner & Howell, 2003; Meschke et al., 2002), enquanto que o mau ambiente familiar e as relações conflituosas entre pais e filhos parecem ter consequências no

ajustamento psicossocial do adolescente e aumentar a probabilidade destes se envolverem em comportamentos de risco (Crosnoe et al., 2002).

Na opinião dos jovens, a supervisão parental adequada (em relação ao desempenho escolar, às suas actividades, e com quem passam os tempos livres) tende a promover comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente, início da actividade sexual mais tardio e menos parceiros sexuais (Jones et al., 2003; Kingon & Sullivan, 2001; Mandara et al., 2003). Os resultados parecem demonstrar que, por outro lado, a percepção por parte dos adolescentes de uma menor supervisão parental está associada ao envolvimento dos jovens em mais comportamentos de risco (DiClemente et al., 2001a; French & Dishion, 2003; Jacobson & Crockett, 2000).

A maioria dos participantes considera que o estilo parental autoritário, a proibição e a imposição de regras muito rígidas podem ter um efeito contrário e incentivar os comportamentos de risco, salientando o efeito adverso de lhes ser dada pouca autonomia ou confiança. Para estes adolescentes um estilo autoritário ou permissivo constitui um factor de risco, enquanto que um estilo democrático num contexto de uma supervisão parental parece reduzir a probabilidade dos adolescentes se envolverem em práticas sexuais de risco (Stattin & Kerr, 2000; Steinberg, 2001)

Muitos estudos mostram que o estilo parental deve promover autonomia e a auto-descoberta pois estes aspectos estão associados com a competência social e psicológica que diminui a probabilidade do envolvimento em comportamentos sexuais de risco, como foi avançado pelos adolescentes deste estudo (Huebner & Howell, 2003; Rodgers, 1999).

A boa relação entre pais e filhos, onde está subjacente uma comunicação positiva em relação às questões da sexualidade foi referida pelos adolescentes como tendo um impacto protector no comportamento sexual dos adolescentes, moderando a influência que os pares têm no seu comportamento (Hutchinson et al., 2003; Karofsky et al., 2001; Kotchick et al., 2001; A. McKay, 2003; Shoveller et al., 2004).

Tal como em resultados encontrados noutros estudos, mesmo os adolescentes que referem conversar de forma satisfatória com os pais descrevem que o conteúdo das conversas que estabelecem se centra normalmente nos riscos associados à

actividade sexual (infecção pelo VIH/SIDA e gravidez), nos temas de natureza geral e não sobre problemas que os jovens vivenciam (McNeely, Shew et al., 2002; Miller, Kotchick, Dorsey, Forehand, & Ham, 1998; Tapia-Aguirre et al., 2004).

Uma barreira para uma comunicação positiva poderá ser a dificuldade e o desconforto sentido por pais e adolescentes para falarem sobre questões sexuais (Hacker et al., 2000; Meschke et al., 2002; Park et al., 2002). Neste estudo, embora exista uma pequena minoria que afirma conversar com os progenitores acerca dos seus problemas pessoais, a maioria dos adolescentes delimita um espaço de intimidade que não deseja partilhar com eles. Os adolescentes referem que o facto de a família estabelecer uma boa comunicação em assuntos do seu quotidiano aumenta a probabilidade dos pais e filhos dialogarem mais naturalmente sobre sexualidade (Feldman & Rosenthal, 2000; Stone & Ingham, 2002).

Na opinião dos jovens, alguns pais não possuem conhecimentos suficientes ou informações correctas que lhes permitam conversar com os filhos de forma clara e aprofundada (Dilorio, Resnicow et al., 2000; Hacker et al., 2000).

Ao contrário de investigações que sugerem que independentemente do género do jovem, a mãe é percebida como melhor fonte de informação e como o progenitor com quem é mais confortável conversar, os resultados deste estudo demonstram que os adolescentes preferem dialogar com o progenitor do mesmo género (Dilorio et al., 1999; Rosenthal & Feldman, 1999).

Na análise dos resultados encontram-se diferenças de género nos vários aspectos relacionados com os factores familiares, como seja o tipo de comunicação, as diferentes atitudes face à actividade sexual e a intensidade de supervisão parental (Jacobson & Crockett, 2000). Os dados apontam no mesmo sentido das investigações realizadas nesta área e sugerem que para as raparigas os valores parentais face à actividade sexual são menos permissivos e que estas são normalmente sujeitas a uma maior supervisão e a um controlo mais acentuado do que os rapazes (Aronowitz & Morrison-Beedy, 2004; Li, Stanton et al., 2000).

Factores Interpessoais

Um dos factores interpessoais abordado foi a importância que os pares assumem na adolescência (Shoveller et al., 2004). Os adolescentes referem que os amigos podem funcionar como fonte de apoio e partilha de vivências e opiniões, ou seja,

como um factor de protecção para os comportamentos sexuais (Lipovsek et al., 2002). Fazem referência a que o grupo de pares é também, muitas das vezes, a fonte de informação mais acessível e onde se sentem mais confortáveis para expor as suas dúvidas. Alguns adolescentes expressam no entanto, preocupações quanto à veracidade da informação, referindo que, por vezes, os amigos não possuem informações correctas, não detêm muitos conhecimentos e que, conseqüentemente, os seus conselhos nem sempre são positivos. As raparigas do estudo salientam que o grupo de pares pode também ser um factor positivo na resolução de problemas inerentes aos relacionamentos amorosos, especialmente, em situações em que seja necessário lidar com a pressão exercida pelo parceiro sexual ou com a ruptura da relação, como referido por outros autores (Zimmer-Gembeck, 2002).

O grupo de pares pode, por outro lado, funcionar como factor de risco para os comportamentos em estudo. Os jovens descrevem que a pertença a um grupo com comportamentos sexuais de risco leva, muitas vezes, à adesão a esses mesmos comportamentos, sendo os rapazes que mais frequentemente consideram que os amigos podem ter uma influência negativa e que a socialização com grupos de pares desviantes pode representar um risco acrescido (Crosnoe et al., 2002; French & Dishion, 2003). Outros estudos apontam para que os rapazes possam ser mais influenciados por factores de risco relacionados com os pares (Meschke et al., 2002; Stattin & Kerr, 2000).

Os adolescentes reconhecem que em determinados grupos existe uma influência directa dos pares para a iniciação da vida sexual ou para as relações sexuais desprotegidas, referindo que os jovens que não aderem a estas normas são, por vezes, expostos a episódios de humilhação. Na opinião dos participantes, esta influência directa leva a que muitos jovens, principalmente rapazes, iniciem a actividade sexual por pressão, muitas vezes em contextos de risco. Os adolescentes destacam, contudo, que na maioria das situações a influência/pressão se expressa de forma indirecta na medida em que os jovens se pressionam a si próprios para se igualar aos seus pares. Apontam argumentos associados à necessidade de integração e pertença, com a conseqüente adesão às normas adoptadas pelo grupo em que estão inseridos, afirmando que este factor é mais significativo para os rapazes. Estes dados vão ao encontro de evidências empíricas que sugerem uma ligação entre os comportamentos sexuais dos jovens e a

actividade sexual dos seus pares (Jaccard et al., 2005; Zimmer-Gembeck et al., 2004).

As raparigas, por seu lado, referem que as relações heterossexuais limitam, muitas vezes, a sua capacidade para tomar decisões e actuar de modo independente. A tensão entre tornar-se sexualmente activa por uma decisão individual ou por uma negociação no âmbito das relações heterossexuais tornou-se saliente nas discussões dos grupos, afirmando os adolescentes que as raparigas sofrem frequentemente pressão ou coacção dos parceiros para iniciar a vida sexual, principalmente quando o parceiro é mais velho (Wingood & DiClemente, 2002). As raparigas descrevem que, por vezes, algumas cedem e aceitam ter relações sexuais por um lado, para demonstrar o seu amor aos parceiros e por outro, porque receiam que o recusar ter relações sexuais possa implicar que o parceiro rompa a relação (Foreman, 2003). Os adolescentes alegam que estes aspectos levam a que as raparigas tenham relações sexuais sem se sentirem preparadas e a que posteriormente se arrependam (Kaltiala-Heino et al., 2003; Kirkman et al., 1998).

Um estudo realizado por Wight et al. (2000) a adolescentes que reportavam ter iniciado a actividade sexual antes dos 15 anos demonstrou que 32% de raparigas e 27% de rapazes consideraram que tinham tido relações sexuais cedo demais e 13% de raparigas e 5% de rapazes afirmaram que estas não deveriam ter acontecido. Os autores encontraram uma associação significativa entre o arrependimento de ter tido relações sexuais e o ter sentido pressão para iniciar a actividade sexual.

Outra questão relevante é a influência que a percepção da actividade sexual dos pares exerce no comportamento sexual que os jovens adoptam (Nahom et al., 2001; Santelli et al., 2004). Várias investigações têm feito referência a que os jovens tendem a sobrestimar a actividade sexual nesta faixa etária (Diamond & Lucas, 2004; Hansen et al., 2004). Os dados deste estudo indicam que são mais os adolescentes que acreditam que os pares são sexualmente activos e que não utilizam o preservativo de forma consistente do que aqueles que pensam o contrário. Na opinião dos participantes, o facto dos adolescentes considerarem que no grupo de pares a actividade sexual e as relações sexuais desprotegidas constituem a norma pode promover a adesão a esses comportamentos (Hoppe et al., 2004).

Em contrapartida, o envolvimento em grupos de pares que iniciam a actividade sexual mais tarde ou que têm relações sexuais protegidas surge como um factor de protecção. Cerca de um quarto dos adolescentes considera que a maioria dos amigos ainda não teve relações sexuais. Salientam que este facto diminui a pressão para ter relações sexuais pois sentem que se enquadram nas normas do seu grupo. Parece que a pertença a grupos que apresentam atitudes desfavoráveis aos comportamentos sexuais de risco (início precoce da actividade sexual e não utilização do preservativo) tende a promover nos jovens comportamentos sexuais saudáveis (Crosby et al., 2003; Dilorio et al., 2004; Mizuno et al., 2000). Alguns adolescentes referem que os amigos adoptam diferentes estratégias para facilitar o acesso aos preservativos quando estes são necessários.

Apesar de reconhecerem que as normas dos amigos podem influenciar directa ou indirectamente o seu comportamento sexual, alguns adolescentes marcam deliberadamente a sua posição, afastando-se das normas do grupo de pares e argumentando que têm autonomia e capacidade de decisão de forma a que só irão iniciar a vida sexual quando considerarem que “*chegou o momento certo*” e sentirem que essa opção lhes faz sentido no âmbito dos seus valores pessoais (Shoveller et al., 2004).

A percepção da atitude do parceiro relativamente ao preservativo parece ser determinante para a sua utilização (Lawrence et al., 1998; Smith, 2003). A percepção de aprovação por parte do parceiro tem estado associada a uma maior intenção de utilizar o preservativo, enquanto que a percepção de desaprovação diminui essa intenção (Dilorio et al., 2001). As raparigas têm a percepção que os rapazes/parceiros têm crenças e atitudes bastante negativas em relação à utilização do preservativo (por vezes mais negativas do que aquelas que os rapazes reportam), o que poderá funcionar como factor de risco (MacPhail & Campbell, 2001; Murphy, Rotheram-Borus, & Reid, 1998). Em contrapartida, a grande maioria dos adolescentes tem a percepção de que as raparigas têm uma atitude positiva em relação ao uso do preservativo, podendo este factor funcionar como protector para a sua utilização pois faz com que os rapazes se sintam confortáveis a sugerir e a utilizar o preservativo.

A adopção de estratégias de prevenção no contexto de uma relação heterossexual não é apenas uma questão individual, mas implica uma decisão que envolve os dois elementos da relação (Castaneda, 2000). Assim, outra questão importante a

ter em conta diz respeito às consequências interpessoais que podem advir aquando da utilização do preservativo. O uso do preservativo traz à tona a ideia de comportamentos sexuais irregulares ou desviantes do modelo monogâmico, onde estão embutidos os conceitos de “fidelidade” e “confiança”. Os resultados do estudo sugerem que a negociação do preservativo nas relações heterossexuais é, por vezes, conflituosa e difícil, podendo implicar consequências negativas para a relação amorosa. Uma minoria salienta que o diálogo sobre a utilização do preservativo pode ser interpretado como sinal de desconfiança em relação à fidelidade do casal. Neste sentido, as adolescentes descrevem que as raparigas legitimam, muitas das vezes, a utilização do preservativo fazendo alusão à prevenção da gravidez, apresentam ao parceiro a escolha entre o uso do preservativo ou não ter relações sexuais e referem ainda que, por vezes, a única opção que algumas encontram para lidar com a pressão por parte do parceiro é o terminar a relação, o que acarreta consequências pessoais e interpessoais negativas que funcionam como factores de risco para os comportamentos sexuais.

As adolescentes descrevem que a escolha entre o benefício de não ter relações sexuais desprotegidas e a percepção de consequências negativas, como as reacções emotivas negativas por parte do parceiro e a possibilidade de ruptura da relação amorosa, torna-se difícil, o que pode contribuir para que alguns jovens, principalmente raparigas, optem por não utilizar o preservativo. Os dados deste estudo parecem ir ao encontro de evidências empíricas que demonstram que a incerteza em relação à reacção do parceiro e os possíveis efeitos negativos no encontro sexual têm um forte impacto na decisão de utilizar ou não o preservativo (Bowleg et al., 2000; Halpern et al., 2000; Roberts, Auinger, & Klein, 2005; Sionean et al., 2002).

Constata-se, no entanto, que uma minoria de adolescentes aponta consequências interpessoais positivas na utilização do preservativo, nomeadamente a melhoria do relacionamento entre parceiros. Os argumentos apresentados são que a utilização do preservativo diminui as discussões entre os parceiros e as raparigas cujos parceiros pretendem utilizar o preservativo sentem-se mais respeitadas na medida em que estes se preocupam com elas.

O tipo de parceiro “estável” ou “ocasional” foi avançado como um factor que influencia o uso do preservativo. Na opinião dos jovens, o preservativo é mais utilizado em relações sexuais com parceiros ocasionais, referindo que “*como se*

conhece a namorada não há tanta necessidade de usar o preservativo” e que *“com os namorados se usa mais a pílula”* (Comer & Nemeroff, 2000; Manning et al., 2005). Contudo, parece não existir consenso relativamente a esta questão pois um pequeno grupo de adolescentes considera que se utiliza mais o preservativo com “parceiros estáveis”, argumentando que os rapazes sentem mais responsabilidade e preocupação quando têm relações sexuais com parceiras estáveis do que com parceiras ocasionais pois com estas últimas *“não se importam se elas engravidam ou não”*.

Os adolescentes referem que o consumo de álcool ou substâncias provoca desinibição e perda de controlo, sendo apontado como um importante factor para a ocorrência de comportamentos sexuais de risco, nomeadamente início precoce de relações sexuais e relações sexuais desprotegidas, como evidenciam vários estudos (Carpenter, 2005; Stueve & O'Donnell, 2005). Na opinião dos adolescentes, as raparigas que consomem álcool apresentam uma maior fragilidade na medida em que é nestas situações que, muitas das vezes, acabam por ceder e ter relações sexuais. Os resultados vão no sentido dos encontrados por vários autores que salientam que o consumo de álcool e/ou drogas tornam os jovens, principalmente os do sexo feminino, menos eficazes na capacidade para recusar ter relações sexuais e negociar a adopção de medidas preventivas (Maisto et al., 2004; Stueve & O'Donnell, 2005; Wingood & DiClemente, 2000; Young, Morales, McCabe, Boyd, & Darcy, 2005). Determinados contextos ou situações, como discotecas, festas, saídas à noite, foram considerados de risco pois favorecem a ocorrência de relações sexuais, sendo estas, muitas das vezes, desprotegidas.

Factores Escolares

Os dados do estudo apontam no sentido de várias pesquisas que mostram que o fraco envolvimento e desempenho escolar, as poucas aspirações académicas, o absentismo e o consequente abandono escolar podem constituir factores de risco. Na opinião dos adolescentes, o aumento do tempo livre, a falta de objectivos académicos e de aspirações futuras aumentam a vulnerabilidade ao risco, fomentam o envolvimento com grupos de pares desviantes e, consequentemente, promovem a adesão a comportamentos sexuais de riscos (Crosnoe et al., 2002; McNeely, Nonnemaker, & Blum, 2002; Talashek et al., 2003).

Os adolescentes referem que ocupam muito do seu tempo na escola, podendo esta funcionar como um “espaço” em que os jovens se desenvolvem física, emocional e socialmente, estabelecem relações significativas com outros adultos que não a família, adquirem conhecimentos e desenvolvem competências, aspectos que podem ser fundamentais na promoção de comportamentos sexuais saudáveis. A escola foi considerada como um espaço privilegiado para desenvolver e implementar acções na área da sexualidade e da prevenção do VIH/SIDA, podendo assim funcionar como um factor de protecção. Os participantes referem que a escola pode ainda colmatar a falta de informação dos jovens, aspecto mais significativo para os que não conversam com os pais sobre esta temática. Estes resultados estão de acordo com o que sugerem vários estudos de avaliação de programas desenvolvidos nas escolas (Jemmott & Jemmott, 2000; Robin et al., 2004; Visser, Schoeman, & Perold, 2004).

A maioria dos adolescentes afirma nunca ter tido educação sexual na escola e considera que esta falta de informação pode constituir um factor de risco para os comportamentos sexuais. O esclarecimento de dúvidas e a troca de ideias foram os aspectos mais referidos pelos adolescentes para justificar a necessidade de acções na área da educação sexual. Salientam a importância da selecção de quem monitoriza estas sessões e do estabelecimento de um clima de à-vontade e confiança que permita uma comunicação positiva. Relativamente à forma como gostariam que estas questões fossem desenvolvidas, os adolescentes avançam várias sugestões, nomeadamente a realização de debates e acções participativas com demonstrações e visionamento de filmes, com caixas de perguntas confidenciais e sem obrigatoriedade em assistir. Fazem ainda referência à importância de implementar programas de desenvolvimento e treino de competências, quer sociais e comunicacionais (recusar relações sexuais e negociar o preservativo), quer comportamentais (colocar o preservativo).

Apenas um terço dos adolescentes afirma ter tido sessões de esclarecimento na área da sexualidade e prevenção do VIH/SIDA. Estes participantes demonstram um descontentamento com as sessões a que assistiram apontando várias críticas, nomeadamente a pouca adequação às suas necessidades e à sua faixa etária. Salientam que estas apresentaram um elevado enfoque nas doenças e riscos ligados à actividade sexual, mas não exploraram a complexidade emocional que envolve o relacionamento afectivo ou sexual ou os aspectos positivos de ser sexualmente activo. Os adolescentes descrevem ainda que os monitores das

sessões evitaram sempre os tópicos que podem causar algum embaraço e que gostariam que apresentassem uma comunicação clara e sem tabus. Um resultado importante de realçar prende-se com o facto de os adolescentes que participaram neste tipo de sessões apresentarem pouco interesse em ter educação sexual na escola.

Os resultados do estudo sublinham que os adolescentes não podem ser considerados um grupo homogéneo quanto às necessidades na área da educação sexual. No decorrer dos discursos encontram-se, por um lado, adolescentes que não iniciaram a actividade sexual e que expressam a opinião de que a educação sexual deve focar o quanto a abstinência sexual é importante e dar suporte aos jovens que tomaram a decisão de adiar o início da actividade sexual, e, por outro lado, adolescentes que são sexualmente activos ou não, mas que alegam que é importante melhorar o acesso aos preservativos e aos métodos contraceptivos e desenvolver estratégias que promovam competências que tornem a sua utilização mais consistente (Hacker et al., 2000; Hopkins et al., 2004; Robin et al., 2004; Tanne, 2005).

A distribuição de preservativos na escola é vista pela maioria dos adolescentes como uma forma de aumentar a acessibilidade e diminuir as barreiras associadas à aquisição de preservativos, que levam conseqüentemente à sua menor utilização. No entanto, verificou-se que um grupo muito restrito de raparigas consideram que a distribuição de preservativos poderia promover a actividade sexual nos jovens. A distribuição de preservativos nas escolas em sido uma temática controversa. Os estudos de avaliação do impacto de programas de aumento de acessibilidade aos preservativos sugerem que estes não promovem a actividade sexual nos jovens, mas podem influenciar positivamente a utilização do preservativo (Kirby et al., 1999; Schmiedl, 2004; Schuster, Bell, Berry, & Kanouse, 1998). Um estudo conduzido por Blake et al. (2003) a uma amostra de 4166 adolescentes de escolas secundárias, demonstrou que os jovens sexualmente activos das escolas que implementaram programas de distribuição de preservativos apresentaram uma maior utilização do preservativo. Estes autores concluíram ainda que a estratégia de melhorar a acessibilidade, tornando os preservativos disponíveis, funciona como um indicador de suporte sócio-ambiental para a sua utilização, o que pode aumentar a adopção de medidas de protecção contra o VIH/SIDA (Blake et al., 2003).

Factores Comunitários

O contexto sócio-económico e cultural em que os jovens se inserem foi considerado um factor importante para os comportamentos sexuais. O contexto envolvente desfavorecido, nomeadamente as estruturas residenciais socialmente desfavorecidas e os ambientes escolares de risco, foi apontado como podendo favorecer os comportamentos sexuais de risco. Em contrapartida, os participantes consideram que o facto de os jovens estarem inseridos em contextos de nível socio-económico elevado é um factor de protecção (Biglan et al., 2003; Shoveller et al., 2004)

Os resultados sugerem que as expectativas sociais em relação ao género continuam a ser vigentes na cultura e na sexualidade juvenil e a influenciar as suas atitudes e comportamentos sexuais, apesar de um grupo de adolescentes definir a sua sexualidade num contexto de uma posição menos tradicionalista em relação às normas sociais vigentes. Pelos dados verifica-se que a maioria dos adolescentes considera que existem diferentes papéis consoante o género e que estes têm influência nos comportamentos sexuais adoptados, nomeadamente no início das relações sexuais, na frequência das relações sexuais e na multiplicidade de parceiros. Exemplificam fazendo referência ao significado que o ser sexualmente activo assume consoante o género, especificando que ser sexualmente activo nos rapazes está associado a conquista e capacidade enquanto que para as raparigas pode implicar uma diminuição de estatuto. Esta questão justifica a preocupação que as raparigas expressam com os aspectos psicológicos e sociais de serem sexualmente activas como uma adolescente explicou: *“Se nós fizermos, nunca sabemos o que eles podem ir dizer depois sobre nós”*.

Os dados indicam que as normas referentes aos papéis sexuais tradicionais têm implicações na área da sexualidade, e em especial na área da prevenção do VIH/SIDA, tal como tem sido sugerido por outros autores (Bowleg, 2004; Crawford & Popp, 2003; Noar & Morokoff, 2002). Um grupo de rapazes refere que o facto de terem que demonstrar que são peritos na área da sexualidade pode diminuir a intenção de usar o preservativo pelo receio de serem considerados de inexperientes se apresentarem dificuldades na sua colocação durante uma relação sexual. Por outro lado, a imagem da mulher passiva faz com que esta se iniba de tomar a responsabilidade pela sua Saúde Sexual em vez de adoptar um papel participativo. A assimilação do convencional papel feminino, na medida em que entra em conflito com a adopção de comportamentos preventivos para o VIH/SIDA,

oferece, em parte, uma explicação para as inconsistências no comportamento sexual das raparigas (Nahom et al., 2001; Tschann et al., 2002).

Os adolescentes indicam que uma das barreiras para as raparigas adquirirem preservativos prende-se com o receio da sua reputação. Neste estudo, cerca de metade das raparigas refere que era incapaz de adquirir preservativos, existindo uma minoria que considera que devem ser os rapazes a responsabilizarem-se pela sua aquisição, sobrestimando o poder do homem na questão da utilização do preservativo. Por outro lado, os adolescentes salientam ainda que o facto das raparigas andarem com preservativos pode significar que elas estão disponíveis para terem relações sexuais. Reconhecem que o medo de colocar em causa a reputação pessoal e social, que poderia implicar discriminação e perda de estatuto, acaba por controlar todo o comportamento das raparigas e limita, muitas vezes, a adopção de medidas preventivas, como já referido por outros autores (Goodwin et al., 2004; Hoppe et al., 2004).

Os adolescentes consideram que existe um bom acesso aos preservativos na medida em que se podem adquirir em vários locais como farmácias, supermercados, discotecas, sanitários públicos, entre outros. No entanto, quando questionados acerca da facilidade ou dificuldade que sentem na sua aquisição, a maioria dos adolescentes (alguns rapazes e a maioria das raparigas) refere sentir vergonha e ser constrangedor ou difícil e apenas uma minoria afirma sentir facilidade em adquirir preservativos. Alguns adolescentes fazem referência ao elevado preço dos preservativos, afirmando que isso pode constituir uma barreira à sua aquisição. Vários estudos sugerem que o aumento da acessibilidade aos preservativos pode ser uma forma eficaz de promover a sua utilização (Morrison et al., 2003; Ramirez et al., 2000). As associações ou instituições de acção social foram referenciadas pelo seu papel positivo na distribuição de preservativos e de informação.

Um pequeno grupo refere que os Serviços de Saúde podem ser utilizados, quer para fornecer informação, quer para distribuir preservativos e pílulas. No entanto, quando questionados, nenhum dos adolescentes que aponta a possibilidade de recorrer aos Serviços de Saúde, nomeadamente Centros de Saúde, afirma já os ter utilizado, antes pelo contrário, reconhecem que a maioria dos jovens não se sente confortável nestes serviços, dados que vão no sentido de outros estudos (Goold et al., 2005).

Os meios de comunicação social, nomeadamente televisão e a Internet, foram avançados pela maioria dos grupos como meios informativos na área do VIH/SIDA (Brown & Keller, 2000; Chapin, 2000b; Malamuth & Impett, 2001; Skinner et al., 2003; Werner-Wilson et al., 2004), comentando, vários adolescentes, ter conversado com os progenitores sobre temas sexuais a propósito de programas televisivos. No entanto, para alguns, os meios de comunicação social incentivam a actividade sexual e podem constituir um factor de risco (Brown & Keller, 2000; Collins et al., 2004; McColgan & Giardino, 2005).

Os adolescentes referem que existem rapazes que têm relações sexuais com prostitutas, dados que vão no sentido de outros estudos com jovens portugueses (Claúdio & Sousa, 2003; Nodin, 2001), nomeadamente o estudo de Nodin (2001) que indicou que 7% dos jovens da sua amostra recorrem à prostituição para ter um relacionamento sexual. No entanto, se para alguns este facto pode constituir um factor de risco na infecção pelo VIH/SIDA, na opinião de outros, o facto dos rapazes recorrerem à prostituição, não os coloca em risco de se infectar pelo VIH/SIDA na medida em que, normalmente, as prostitutas exigem a utilização do preservativo quando têm relações sexuais.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo apresentam-se as conclusões dos resultados e da discussão dos dois estudos realizados, salientando-se as possíveis recomendações e implicações práticas para a promoção de uma sexualidade saudável e a prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes.

Em primeiro lugar, é importante realçar que muitos dos resultados obtidos sugerem que a maioria dos jovens não apresenta comportamentos sexuais de risco de infecção pelo VIH/SIDA. Contudo, parece existir um grupo de adolescentes que estará numa situação de maior vulnerabilidade ao nível da sua Saúde Sexual.

Os dados obtidos apontam no sentido de que um importante grupo de adolescentes inicia a vida sexual na adolescência. Na ausência de acções educativas ao nível da Saúde Sexual por parte das famílias, das escolas e da comunicação social pode pensar-se que muitos adolescentes terão as suas experiências sexuais num contexto de pouco apoio, o que poderá aumentar a probabilidade de sofrerem consequências físicas e psicossociais negativas, nomeadamente, IST's e VIH/SIDA, gravidez indesejada e relações afectivas e sexuais pouco satisfatórias.

As características sócio-demográficas, identificadas no estudo quantitativo, introduzem diferenças no início da actividade sexual, sendo os adolescentes do sexo masculino, do 10º ano de escolaridade e de nacionalidade não portuguesa aqueles que mais reportam ter iniciado actividade sexual. Os rapazes surgem também como os que iniciam as relações sexuais numa idade mais precoce. A nível regional verifica-se que os jovens do Alentejo e Lisboa são os que mais referem ter iniciado a vida sexual e os jovens do Norte são os que menos afirmam ter tido relações sexuais.

No que respeita à utilização do preservativo, mais de um quarto dos jovens declara não o ter utilizado na última relação sexual. O estudo quantitativo aponta para que os jovens de nacionalidade não portuguesa utilizem menos este método de prevenção, não se evidenciando diferenças significativas ao nível do género e da região. No estudo qualitativo aprofundaram-se alguns factores que podem

influenciar a tomada de decisão por comportamentos preventivos, constatando-se que os jovens equacionam aspectos diferentes para os dois géneros. De forma sumária, pode-se salientar que apesar dos adolescentes considerarem o preservativo como a forma mais eficiente de evitar os riscos inerentes à actividade sexual, a maioria percepçiona a existência de mais desvantagens do que vantagens à sua utilização.

Os resultados deste estudo apontam para os limites da abordagem racional subjacente à perspectiva mais tradicional da educação para a saúde e de muitas campanhas de prevenção que colocam ênfase na consciencialização das consequências para a saúde inerentes à actividade sexual e na percepção de risco, como motivadoras dos comportamentos preventivos. A decisão dos indivíduos de praticar ou não “sexo seguro” parece não ter apenas subjacente critérios relacionados com a saúde. Os aspectos emocionais e interpessoais inerentes às relações heterossexuais desempenham um papel mais importante do que as preocupações com os riscos de saúde e, em particular, de infecção pelo VIH/SIDA. Neste contexto, considera-se fundamental para o desenvolvimento de programas de promoção da Saúde Sexual compreender os factores envolvidos nesta problemática e a complexidade das situações em que os adolescentes negoceiam o seu comportamento sexual e que podem promover ou impedir de agir de acordo com o seu conhecimento.

Dos diversos factores individuais identificados como potenciais determinantes dos comportamentos sexuais, destacam-se alguns como componentes a incluir em acções de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA.

Os dois estudos efectuados confirmam a existência de lacunas importantes no conhecimento das formas de transmissão do vírus. Estas evidências são importantes pois um conhecimento adequado parece contribuir, directa ou indirectamente, para práticas sexuais saudáveis e atitudes positivas face aos portadores de VIH/SIDA. Os dados obtidos revelam que, quer em relação ao conhecimento sobre os modos de transmissão, quer em relação às atitudes face aos portadores de VIH/SIDA, são os adolescentes do sexo feminino e os que frequentam o 10º ano de escolaridade que possuem mais conhecimentos e apresentam atitudes mais positivas.

A maior parte dos adolescentes não considera estar em risco de se infectar pelo VIH/SIDA, apontando os dados no sentido de que alguns adolescentes apresentam uma percepção incorrecta do grau de vulnerabilidade e utilizam um conjunto de estratégias não válidas de forma a racionalizar a fraca percepção de risco face à infecção. Neste sentido, o planeamento de intervenções que promovam uma correcta percepção do risco individual deve desenvolver estratégias que tornem os jovens mais conscientes dos erros de julgamento que cometem, principalmente no contexto de relações românticas, e que os motivem a adoptar comportamentos preventivos.

Os resultados obtidos no âmbito deste trabalho sublinham a necessidade de não limitar a intervenção à actividade sexual propriamente dita, mas integrar a expressão da sexualidade na promoção de um desenvolvimento afectivo pessoal e interpessoal saudável. Assim, os programas que se centram na redução do risco sexual devem ir para além do nível cognitivo e contemplar o desenvolvimento da auto-estima e do auto-conceito, da maturidade, do sentimento de bem-estar, factores que influenciam positivamente o processo de tomada de decisão por comportamentos saudáveis, nomeadamente na área da Saúde Sexual. Será também importante promover nos adolescentes um maior conhecimento de si próprio, especialmente em relação às suas reacções e capacidade de auto-controlo em situações de elevada emoção, como é o caso dos encontros sexuais.

As evidências empíricas confirmaram que as competências necessárias à adopção de práticas sexuais seguras poderão exercer uma influência significativa na ocorrência de comportamentos de protecção. É importante sublinhar que, no âmbito deste trabalho, um grupo de adolescentes apresenta a percepção de poucas competências nesta área, encontrando-se diferenças significativas entre géneros. Neste contexto será necessário desenvolver as competências de resolução de problemas e tomada de decisão (análise de situação, planeamento, procura de soluções), e as competências de comunicação interpessoal (recusa, negociação e afirmação de decisões próprias) que permitam reduzir a frequência do envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, a natureza interpessoal subjacente aos comportamentos sexuais deve também ser tida em conta nas intervenções que pretendam desenvolver as competências pessoais e sociais.

No actual estado de conhecimentos sobre esta problemática e no contexto dos jovens sexualmente activos, a utilização consistente do preservativo continua a ser

a única estratégia eficaz no controlo da epidemia SIDA. Os resultados sugerem que as intervenções que promovem a utilização do preservativo devem transmitir a ideia de que os preservativos podem ser incorporados com sucesso numa vida sexual saudável e satisfatória, sem diminuir o prazer sexual sentido por cada parceiro, sem destruir o sentimento de romantismo e confiança nas relações, sem criar conflitos interpessoais e sem ameaçar a auto-imagem. Devem ainda enfatizar os aspectos positivos de quem sugere a utilização do preservativo, como por exemplo, considerar o parceiro como uma pessoa mais madura, responsável e que se preocupa com a saúde de ambos. Assim, considera-se importante promover atitudes positivas e favoráveis em relação à utilização do preservativo e reduzir o impacto das consequências negativas da sua utilização. Esta estratégia poderá ter resultados mais positivos do que a de promover o preservativo com base na questão de não se poder confiar no parceiro na medida em que esta proposição é contrária aos discursos dominantes das relações amorosas. O “marketing social” aplicado às campanhas desenvolvidas pelos meios de comunicação social poderá ser uma estratégia com sucesso.

Os elementos da comunidade que exercem uma influência significativa no contexto de vida dos jovens, nomeadamente pais, educadores, professores, profissionais de saúde, devem também ser alvo de intervenções, consciencializando-os de que a sua aceitação ou desacordo com o uso do preservativo pode ter um enorme impacto na escolha dos adolescentes por alternativas seguras.

Os resultados sugerem que os adolescentes não podem ser considerados um grupo homogéneo em relação aos conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA, sendo importante, em vez de os tentar normalizar a um padrão, pensar como a promoção da Saúde Sexual pode lidar com as diferenças e adequar as intervenções às necessidades específicas de cada grupo. Só assim, os adolescentes poderão ser melhor compreendidos e preparados para tomar decisões que sejam mais congruentes com os seus desejos e valores pessoais e culturais. Esta estratégia poderá criar uma maior aceitação das intervenções por parte dos adolescentes e aumentar a eficácia das acções implementadas.

De acordo com as diferenças de género encontradas pode-se pressupor que os adolescentes do sexo masculino e feminino experimentam diferentes processos em relação às questões sexuais e por isso necessitam de diferentes informações e competências. Os dados levam a propor medidas mais concretas: para as raparigas

as sessões de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA provavelmente têm mais benefícios se incluírem a promoção da independência, autonomia e percepção de controlo nas relações heterossexuais, o treino da assertividade para recusar relações sexuais quando não as desejam, e o desenvolvimento de competências para negociar com os parceiros a adopção de comportamentos preventivos em diferentes situações. Relativamente à intervenção com os rapazes, as acções poderão contemplar entre outras, o desenvolvimento de atitudes positivas em relação à adopção de comportamentos sexuais seguros, o treino das competências de colocação do preservativo no contexto das relações sexuais, o aumento da percepção do auto-controlo, e o desenvolvimento das competências para lidar com a pressão dos pares. Os adolescentes devem ainda ser consciencializados sobre as questões do género oposto, desenvolvendo-se atitudes, crenças e comportamentos positivos, como por exemplo, tornar os rapazes mais responsáveis na adopção de comportamentos seguros na medida em que afectam directamente a saúde das raparigas e diminuir a percepção das raparigas em relação às crenças negativas dos rapazes face ao uso do preservativo. O *role-playing* envolvendo diálogos entre rapazes e raparigas poderá ser uma forma de se confrontar diferentes pontos de vista e enfatizar que a construção da sexualidade e as relações devem basear-se numa visão mais compreensiva e no conceito de equidade de género.

Outro aspecto relevante para a promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA é a necessidade de se ter em conta que os significados na área da sexualidade incluem atributos relacionados com os papéis tradicionais associados ao género e à identificação cultural. Estas construções têm implicações na prática pois podem facilitar ou limitar a adopção de práticas sexuais saudáveis. Na perspectiva de incentivar atitudes e comportamentos responsáveis em relação à sexualidade e permitindo que os adolescentes vivam a sua vida sexual de forma saudável e prazenteira, as acções deverão incorporar a redefinição dos conceitos sociais e culturais de masculinidade e feminilidade e encorajar os adolescentes a encontrar alternativas para estas noções tradicionais estereotipadas, como por exemplo, reduzir os conceitos de promiscuidade como uma medida de masculinidade e a passividade como um indicador de feminilidade.

Face à constatação de diferentes graus de experiência sexual nos adolescentes, vários estudos sugerem, e os resultados deste trabalho corroboram, que as mensagens que reforçam a abstinência sexual poderão ser efectivas para os

adolescentes que não se consideram preparados para iniciar a vida sexual na medida em que reforçam os seus valores pessoais, mas não terão muito sucesso com os adolescentes que consideram que poderão vir a iniciar a actividade sexual num futuro próximo ou que já tiveram relações sexuais. Para estes será necessário desenvolver competências para lidar com a pressão dos pares e parceiros de modo a evitar relações sexuais indesejadas, consciencializar as potenciais consequências da actividade sexual, e desenvolver estratégias que promovam a adopção de comportamentos sexuais saudáveis. Para os adolescentes que são sexualmente activos é ainda importante colocar particular ênfase nas questões que vão ao encontro das dificuldades e necessidades no contexto das suas experiências sexuais. Adolescentes que têm múltiplos parceiros num contexto de elevado risco, trabalho adicional deve ser realizado no sentido de se compreender que tipo de intervenções e mensagens serão mais adequadas a esses grupos com necessidades específicas.

O presente trabalho evidencia que os comportamentos sexuais precoces aumentam a vulnerabilidade ao nível da Saúde Sexual e que com a idade aumenta também a probabilidade do envolvimento em mais comportamentos de risco, aspectos que suportam a necessidade de uma intervenção precoce. Assim, a intervenção na área da promoção da Saúde Sexual e da prevenção do VIH/SIDA para ser efectiva deve ocorrer em etapas precoces do desenvolvimento, antes dos adolescentes se envolverem em relações românticas e/ou sexuais.

Outra recomendação que poderá surgir dos resultados prende-se com a importância de se direccionar a atenção para as funções utilitárias que a adopção de comportamentos sexuais assume no desenvolvimento normativo da adolescência. As funções utilitárias, associadas às práticas sexuais de risco, ao constituir importantes razões para os adolescentes aderirem a esses comportamentos podem constituir desafios e oportunidades para o desenvolvimento de diferentes mensagens e estratégias de motivação para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis. Desta forma, talvez os adolescentes sejam capazes de relacionar o seu conhecimento técnico com as implicações relacionais, emocionais e culturais que o ser sexualmente activo implica. Torna-se fundamental integrar este conhecimento na procura de alternativas saudáveis pois os comportamentos sexuais de risco trazem consequências graves a curto, médio e longo prazo em várias esferas da vida dos adolescentes, nomeadamente, pessoal, interpessoal, familiar, escolar e profissional.

Os dados apontam no sentido de que os comportamentos de risco tendem a ocorrer de forma agrupada, predizendo estilos de vida que representam diferentes graus de risco. Estas evidências suportam o argumento de que as estratégias preventivas devem ser abrangentes, com múltiplos componentes e incorporando uma visão holística do adolescente. A promoção da saúde deve então promover a autonomia dos jovens, a capacidade para tomar decisões e desenvolver competências para lidar com diferentes situações que os possam potencialmente colocar em risco. Contudo, apesar das similaridades nos factores relacionados com os comportamentos de risco, é importante também equacionar, nos programas de prevenção, as especificidades subjacentes a cada comportamento de risco.

Os estudos incluídos neste trabalho sugerem que a protecção e o risco se situam em diversos contextos. O bem-estar dos adolescentes é predominantemente determinado pelo ambiente que fornece diferentes oportunidades e alternativas em termos de comportamentos de saúde. A maioria dos jovens aponta os limites das decisões individuais em termos da necessidade de se ter em conta também o valor que o facto de ser sexualmente activo assume social e culturalmente, as pressões do contexto ambiental, nomeadamente, a pressão exercida pelos pares e as diferenças de poder nas relações heterossexuais e os constrangimentos sócio-culturais, económicos e políticos na adopção de comportamentos preventivos.

Assim, apesar do comportamento individual ser determinante da vulnerabilidade a situações de risco, as decisões não são tomadas na base de uma decisão individual mas envolvem um complexo contexto ambiental. O reconhecimento e a compreensão das complexidades em que a sexualidade se desenvolve devem ser integrados nos esforços para construir programas de promoção de saúde e modelos de prevenção do VIH/SIDA mais efectivos.

Alguns adolescentes que participaram neste trabalho parecem não se envolver em comportamentos de risco e adoptar comportamentos sexuais saudáveis, mesmo em situações de pressão dos pares e dos parceiros. Os dois estudos realizados mostram que os múltiplos factores de risco e de protecção interagem através de possíveis relações de mediação ou moderação, o que leva a um maior ou menor envolvimento em comportamentos de risco. Os adolescentes descrevem que os efeitos dos factores de risco não são iguais para todos os adolescentes, mas antes pelo contrário, variam consoante a quantidade de recursos ou vulnerabilidades individuais e do contexto ambiental.

Pesquisas anteriores têm demonstrado que a teoria da resiliência desempenha um importante papel na compreensão dos factores relacionados com os comportamentos sexuais relevantes para a prevenção do VIH/SIDA (Fergus & Zimmerman, 2005; Siqueira & Diaz, 2004). Estes resultados poderão contribuir para o planeamento de futuras intervenções de promoção da Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA, na medida em que sugerem a necessidade da preocupação com a redução do risco, mas também com a promoção dos recursos individuais e do contexto de forma a diminuir o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco e a promover a adopção de comportamentos saudáveis. Por outro lado, tendo em conta que os factores de risco não podem ser alterados ou removidos sem uma transformação social profunda, a estratégia opcional para a prevenção poderá ser o robustecimento dos factores de protecção.

Assim, para garantir mudanças comportamentais efectivas e sustentadas é necessário trabalhar na promoção dos recursos individuais (competências cognitivas, emocionais, e sociais), mas também na activação dos recursos de apoio ao nível dos contextos ambientais em que os adolescentes estão inseridos (família, pares, escola e comunidade) dado que constituem uma das principais influências na vida dos adolescentes.

Os factores parentais, como sejam a estrutura familiar, o grau de educação, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, os padrões de comunicação entre pais e filhos e as atitudes e valores parentais face aos comportamentos sexuais, constituem uma componente fundamental no risco e na protecção na adopção de comportamentos sexuais e assumem funções cruciais na moderação da influência dos factores de risco do contexto ambiental.

Parece assim existir evidências de que uma estratégia eficaz na promoção da saúde e prevenção da SIDA será o desenvolvimento de intervenções direccionadas para os pais, que visem a promoção de relações familiares positivas e próximas e a formação dos mesmos em relação aos múltiplos aspectos parentais que exercem influência na vida dos jovens.

É também essencial incluir um apoio aos pais com vista a robustecer as suas competências para se tornarem bons educadores na área da Saúde Sexual, criando um ambiente de suporte aos jovens. Este tipo de apoio torna-se ainda mais relevante para as famílias oriundas de contextos desfavorecidos e famílias

disfuncionais. No trabalho com as famílias, os profissionais devem ser sensíveis às diferentes concepções e valores familiares e culturais acerca da sexualidade.

Os factores relacionados com os pares relevaram-se determinantes para os comportamentos sexuais adoptados pelos jovens, influenciando de forma positiva ou negativa. Os dados obtidos apontam para que os factores de risco possam ter um maior impacto nos adolescentes do sexo masculino do que nos do sexo feminino.

Um aspecto que sobressaiu no trabalho foi a influência que a norma subjectiva em relação à actividade sexual dos pares apresenta no comportamento sexual dos jovens. Ambos os estudos expressam a tendência para os adolescentes sobrestimarem a actividade sexual nesta faixa etária, apontando ainda o estudo qualitativo para que estes considerem que a maioria dos jovens não utiliza o preservativo de forma consistente. Dada a importância que os pares assumem nesta fase da vida é fundamental reflectir na influência que cada adolescente, com as suas atitudes e padrões comportamentais, pode exercer noutros adolescentes. Uma alternativa com sucesso poderá ser a de intervir ao nível das normas dos pares, tornando-as favoráveis aos comportamentos sexuais saudáveis, e em particular à utilização do preservativo. Neste âmbito, quer no contexto escolar, quer no comunitário, sugere-se a implementação de projectos de educação de pares que apresentem como estratégia tornar os jovens modelos comportamentais, em termos de competências sociais, de resistência à pressão e de adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

Em relação aos factores escolares é importante desenvolver esforços no sentido de criar um ambiente escolar positivo, promover o sentimento de pertença e a percepção de auto-eficácia e competência de forma a que os jovens tenham aspirações e projectos futuros que favoreçam a escolha por estilos de vida e comportamentos de saúde saudáveis e reduzam os factores de vulnerabilidade associados à actividade sexual de risco.

A escola, ao constituir um dos principais contextos na vida do adolescente, tem sido referida como um espaço privilegiado para intervenções de promoção de Saúde Sexual e prevenção do VIH/SIDA que proporcionem a participação dos jovens na construção da sua própria saúde. Os resultados do estudo qualitativo apontam para algum descontentamento por parte dos adolescentes em relação por um lado, à

quase inexistência de acções preventivas no contexto escolar e por outro lado, ao trabalho que tem sido desenvolvido nas escolas portuguesas. Estes dados vão ao encontro de algumas das limitações encontradas na literatura em relação às intervenções de educação sexual promovidas nas escolas, cujo principal objectivo é o de abranger um largo número de adolescentes, e que têm como resultado a padronização das necessidades dos adolescentes em relação à sexualidade e à prevenção do VIH/SIDA. Parece assim urgente repensar as políticas sobre saúde e educação sexual nas escolas portuguesas de forma a que estas se tornem mais eficientes e uma realidade para todos os adolescentes.

É também fundamental não esquecer que os programas escolares podem não chegar àqueles que estão em maior risco, ou seja, os jovens absentistas e os jovens que abandonaram a escola. O desafio que representa o desenvolvimento de estratégias e acções eficazes para o controlo da epidemia aumenta em determinados subgrupos da população que podem não estar a ser atingidos e que necessitam da criação de respostas alternativas aos sistemas correntes de informação e educação.

De forma prioritária, em ambientes de maior risco e em zonas residenciais mais carenciadas, é necessário desenvolver estratégias de nível macrossocial que identifiquem os recursos de cada comunidade, reconheçam fraquezas e necessidades e reorganizem as redes sociais que permitam desenvolver um sistema de apoio mais compreensivo. Os programas comunitários, através da criação de oportunidades de participação dos jovens em actividades de âmbito recreativo, desportivo, social, cultural ou artístico, poderão promover um ambiente positivo para o desenvolvimento da auto-estima, dos recursos individuais e das expectativas em relação a planos de vida futura, factores protectores na adopção de comportamentos sexuais. Por outro lado, os profissionais que trabalham ao nível comunitário estão numa posição privilegiada para envolver a família, a escola e a comunidade de forma a promover o desenvolvimento saudável do adolescente.

Os objectivos mais importantes da intervenção com os jovens devem prender-se com oferecer aos jovens oportunidades para lidar com as dificuldades e problemas sem colocarem em risco a sua saúde e bem-estar. É necessário promover os recursos individuais e melhorar o “capital social” de todos os adolescentes em termos de competências, da igualdade de oportunidades, do suporte social, do acesso mais igualitário ao sistema educativo, aos recursos e às estruturas sociais,

políticas e do contexto ambiental de forma que lhes permita lidar, com sucesso, com os riscos inerentes às tarefas desenvolvimentais que têm de ultrapassar. De forma mais específica, estes aspectos poderão ser integrados num modelo de prevenção do VIH/SIDA que seja mais holístico e porventura, mais eficaz na redução dos índices de morbilidade e mortalidade inerentes à actividade sexual de risco.

Outros aspectos ligados ao macrossistema foram também identificados no estudo qualitativo como factores que parecem constituir determinantes importantes no processo de adopção de comportamentos sexuais saudáveis, nomeadamente o diálogo sobre sexualidade, o acesso aos serviços de Saúde Sexual para adolescentes e a distribuição de preservativos, questões que são também temas da actualidade social e política.

Os dados demonstram que o tabu em dialogar sobre as questões na área da sexualidade limita as competências dos jovens para adoptar comportamentos protectores. A comunicação acerca das questões sexuais, quer com os pares e parceiros, quer com os pais e educadores, parece exercer uma influência importante. Os jovens que comunicam sobre estes assuntos parecem estar mais informados, mais conscientes dos riscos físicos, psicológicos e relacionais inerentes aos comportamentos sexuais e mais competentes para adoptar comportamentos sexuais saudáveis do que aqueles que não conversam sobre estes assuntos ou apenas detêm informação sobre anatomia e fisiologia do sexo, muitas vezes, a veiculada pelos órgãos de informação.

Intervenções futuras devem colocar ênfase na promoção de ambientes que permitam aos jovens envolver-se em discussões mais abertas sobre sexualidade ao nível das várias estruturas sociais como a família, escolas, sector da saúde e comunidade, de forma a que esta comunicação possa reduzir a ocorrência de comportamentos sexuais de risco. Será importante utilizar a influência dos órgãos de comunicação social para promover uma imagem de relações sexuais seguras numa perspectiva positiva e saudável que leve a uma maior adesão da população a práticas protectoras.

Pelos resultados do estudo qualitativo fica claro que os adolescentes são capazes de opinar sobre as suas necessidades em termos de sexualidade e investir na resolução das mesmas. Assim, nas intervenções preventivas é necessário utilizar

metodologias participativas em que os adolescentes colocados como sujeitos activos em todos os momentos do processo possam ser incentivados a participar de forma responsável, contribuindo e posicionando-se de forma crítica com alternativas para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA. Esta estratégia assume uma importância extrema no sentido de assegurar que as intervenções reflectem necessidades específicas, que são culturalmente adequadas e adaptadas aos estilos de vida dos indivíduos com os quais estamos a trabalhar.

As conclusões deste trabalho devem, contudo, ser interpretadas tendo em conta as limitações subjacentes a cada estudo. Uma das limitações relativas ao estudo quantitativo prende-se com o instrumento de recolha de dados utilizado. De facto, os questionários de auto-preenchimento são susceptíveis de contribuir para algum enviesamento dos resultados, por factores como, por exemplo, desejabilidade social e motivação individual para responder às questões. No entanto, a confidencialidade das respostas foi assegurada e esta estratégia tem demonstrado ser uma boa forma de obter respostas válidas (Bailey, 1994; Hearn, O'Sullivan, & Dudley, 2003; Sison, Gillespie, & Foxman, 2004). Outra das limitações está relacionada com o facto dos dados utilizados neste estudo se situarem no âmbito do estudo nacional do Health Behaviour in School-aged Children (Matos, Gonçalves, Dias et al., 2003), o que levou a que as medidas e o número de itens utilizados para construir algumas variáveis, em particular as relativas aos comportamentos sexuais de risco, ficassem limitadas às que o estudo incluía.

Por se tratar de um estudo transversal, não se torna possível retirar conclusões acerca das relações de causalidade sobre os efeitos das variáveis associadas com os comportamentos sexuais dos jovens. Por outro lado, este tipo de estudo não nos dá informação acerca da estabilidade ou descontinuidade dos padrões de envolvimento em determinados comportamentos e das relações entre os factores ligados ao risco e à protecção ao longo do tempo, informação que apenas se poderá obter com a realização de estudos longitudinais.

Relativamente ao estudo qualitativo, as principais limitações prendem-se com as próprias da metodologia qualitativa. A dinâmica de grupo subjacente aos grupos focais pode inibir a revelação individual de opiniões e experiências que não são consistentes com as da maioria e aumenta a probabilidade de que algumas respostas dos jovens possam estar enviesadas devido à pressão para se conformar com as normas sociais do grupo ou para se apresentar de uma forma que seja

socialmente desejável. Outra das limitações do estudo qualitativo situa-se no facto de se ter utilizado uma amostra de conveniência. No entanto, uma vez que os locais de realização dos grupos focais foram diversificados, acredita-se terem sido abrangidos indivíduos provenientes de diversos meios sócio-económicos e culturais.

Apesar das limitações referidas, o estudo quantitativo apresenta uma análise das questões relacionadas com os comportamentos sexuais de uma amostra representativa e muito alargada de adolescentes portugueses que frequentavam o ensino regular. A utilização de duas metodologias diferentes revelou ser uma opção metodológica interessante pois permitiu uma análise mais aprofundada da complexidade subjacente a este tema. A complementaridade dos resultados obtidos pelas duas metodologias utilizadas permitiu não só identificar as práticas sexuais dos adolescentes e os factores ligados ao risco e à protecção dos vários contextos em que o jovem se insere, mas também ter acesso à dinâmica dos processos e mecanismos envolvidos na adopção de comportamentos sexuais relevantes para o VIH/SIDA. A metodologia dos grupos focais, conduzidos de forma a que os adolescentes fossem os principais intervenientes, revelou ser simultaneamente um espaço de discussão e reflexão em temas que são do interesse dos jovens e uma metodologia que lhes agrada.

Muitas questões continuam, no entanto, em aberto, podendo-se equacionar alguns aspectos interessantes a ser desenvolvidos em trabalhos futuros.

Os resultados empíricos sugerem que os comportamentos sexuais dos adolescentes são determinados por múltiplos factores de risco e de protecção subjacentes a complexos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, entre outros. Assim, as futuras pesquisas precisam de aprofundar a dinâmica dos comportamentos sexuais na adolescência e clarificar alguns dos aspectos identificados neste trabalho, nomeadamente em relação à contribuição das variáveis individuais e do contexto ecológico nos comportamentos sexuais adoptados pelos jovens.

De forma a se alcançar um conhecimento mais profundo e global no âmbito dos comportamentos sexuais e prevenção do VIH/SIDA será interessante desenvolver novas medidas que permitam aprofundar a compreensão do fenómeno “risco” e as diferentes combinações de comportamentos sexuais de risco que os jovens

adoptam, por exemplo, início precoce da vida sexual, tipo de parceiro (estável ou ocasional), multiplicidade de parceiros e padrões de utilização do preservativo.

O desenvolvimento de futuros estudos em que as percepções dos adolescentes acerca destas temáticas sejam valorizadas poderá fornecer importantes pistas para a implementação de acções que sejam mais efectivas. A metodologia qualitativa representa uma potencial contribuição para as acções desenvolvidas na área da prevenção da SIDA, atendendo a que favorece a análise dos significados e dos valores presentes nos comportamentos dos jovens, tornando as acções e estratégias mais sensíveis a tais expectativas. Seria interessante no desenvolvimento de novos estudos com a utilização da metodologia dos grupos focais incluir amostras mais alargadas e com maior diversidade em relação aos participantes, controlando-se variáveis como o estatuto socio-económico, o nível educacional, a orientação sexual, entre outros. Outra proposta para investigações futuras prende-se com a organização de um estudo quantitativo que procure generalizar alguns dos resultados encontrados no estudo qualitativo.

Numa perspectiva global, estudos desta natureza, repetidos ao longo do tempo, consideram-se importantes no sentido de permitir uma compreensão das tendências evolutivas em relação aos comportamentos sexuais dos jovens, e permitir, de forma indirecta, avaliar intervenções na área da promoção da Saúde Sexual e da prevenção da SIDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. N., Woodward, K. M., Williams, R. L., et al. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students-a randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 236-247.
- Abbey, A., Saenz, C., & Buck, P. O. (2005). The cumulative effects of acute alcohol consumption, individual differences and situational perceptions on sexual decision making. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 82-90.
- Abel, G. M., & Plumridge, E. W. (2004). Network 'norms' or 'styles' of 'drunken comportment'? *Health Education Research*, 19(5), 492-500.
- Adam, M. B., McGuire, J. K., Walsh, M., Basta, J., & LeCroy, C. (2005). Acculturation as a predictor of the onset of sexual intercourse among Hispanic and white teens. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(3), 261-265.
- Aggleton, P., Chase, E., & Rivers, K. (2004). *HIV/AIDS prevention and care among especially vulnerable young people: a framework for action*. London: WHO & DFID.
- Agha, S. (2003). The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *AIDS Care*, 15(6), 749-762.
- Ahlberg, B. M., Jylkas, E., & Krantz, I. (2001). Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 26-36.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Albarracín, D., Kumkale, G. T., & Johnson, B. T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: a research synthesis. *AIDS Care*, 16(6), 700-723.
- Albarracín, D., McNatt, P. S., Klein, C. T. F., Ho, R. M., Mitchell, A. L., & Kumkale, G. T. (2003). Persuasive communications to change actions: an analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22(2), 166-177.

-
- Albus, K. E., Weist, M. D., & Perez-Smith, A. M. (2004). Associations between youth risk behavior and exposure to violence. *Behavior Modification*, 28(4), 548-564.
- Alferes, V. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ancheta, R., Hynes, C., & Shrier, L. A. (2005). Reproductive health education and sexual risk among high-risk female adolescents and young adults. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(2), 105-111.
- Anderson, J., & Olmhausen, K. (1999). Adolescent self-esteem: A foundational disposition. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 62-67.
- Ardelt, M., & Day, L. (2002). Parents, sibling and peers: close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22(3), 310-349.
- Aronowitz, T., & Morrison-Beedy, D. (2004). Resilience to risk-taking behaviors in impoverished African American girls: the role of mother-daughter connectedness. *Research in Nursing & Health*, 27(1), 29-39.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: The influence of parents and peers. *Behaviour Research & Therapy*, 37(3), 217-230.
- Averett, S. L., Rees, D. I., & Argys, L. M. (2002). The impact of government policies and neighborhood characteristics on teenage sexual activity and contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1773-1778.
- Ayres, J. R., França, J.-I., Calazans, G., & Saletti, H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R. Barbosa & R. Parker (Eds.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Ayres, J. R., Freitas, A., Santos, M., Filho, H., & Júnior, I. (2003). Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 7(12), 113-128.
- Bachanas, P. J., Morris, M. K., Lewis-Gess, J. K., Sarett-Cuasay, E. J., Flores, A. L., Sirl, K. S., et al. (2002). Psychological adjustment, substance use, HIV knowledge, and risky sexual behavior in at-risk minority females: developmental differences during adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(4), 373-384.
- Bailey, K. (1994). *Methods of social research* (4 ed.). New York: Free Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10 (3), 214-217.
- Banister, E., Jakubec, S., & Stein, J. (2003). 'Like, what am I supposed to do?': adolescent girls' health concerns in their dating relationships. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(2), 16-33.
- Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London: Sage.
-

-
- Barnett, B., & Schueller, J. (2002). Meeting the needs of young clients: a guide to providing reproductive health services to adolescents. Retirado em 20-06-05, de <http://www.fhi.org/en/rh/pubs/servdelivery/adolguide/index.htm>
- Basen-Engquist, K., Masse, L. C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G. S., Banspach, S., et al. (1999). Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk behavior in adolescents. *Health Education Research*, 14(1), 25-38.
- Baume, C. A. (2000). The relationship of perceived risk to condom use: why results are inconsistent. *Social Marketing Quarterly*, 6(1), 33-42.
- Baumer, E. P., & South, S. J. (2001). Community effects on youth sexual activity. *Journal of Marriage & Family*, 63(2), 540-554.
- Beal, A. C., Ausiello, J., & Perrin, J. M. (2001). Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *Journal Adolescent Health*, 28(6), 474-480.
- Becker, H. M., Heafner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15(Suppl 5), 27-46.
- Bender, S. S., & Kosunen, E. (2005). Teenage contraceptive use in Iceland: a gender perspective. *Public Health Nursing*, 22(1), 17-26.
- Ben-Zur, H. (2003). Peer risk behavior and denial of HIV/AIDS among adolescents. *The Journal of Sex Education*, 3(1), 75-85.
- Bersamin, M. M., Walker, S., Waiters, E. D., Fisher, D. A., & Grube, J. W. (2005). Promising to wait: Virginity pledges and adolescent sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 428-436.
- Bettinger, J. A., Adler, N. E., Curriero, F. C., & Ellen, J. M. (2004). Risk perceptions, condom use, and sexually transmitted diseases among adolescent females according to social network position. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(9), 575-579.
- Beyea, S. C., & Nicoll, L. H. (2000). Learn more about focus groups. *AORN Journal*, 71, 897-900.
- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D., & Flay, B. R. (2003). The integration of research and practice in the prevention of youth problem behaviors. *The American Psychologist*, 58(6-7), 433-440.
- Blake, S. M., Ledsky, R., Goodenow, C., Sawyer, R., Lohrmann, D., & Windsor, R. (2003). Condom availability programs in Massachusetts high schools: Relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 93(6), 955-962.
- Blumberg, S. J. (2000). Guarding against threatening HIV prevention messages: an information-processing model. *Health Education & Behavior*, 27(6), 780-795.
- Blythe, M., & Rosenthal, S. (2000). Female adolescent sexuality. Promoting healthy sexual development. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27(1), 125-141.
- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods. *Journal of Adolescence*, 26(2), 145-158.

-
- Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Copas, A., Oakley, A., Stephenson, J., et al. (2005). The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 223-230.
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, E. S. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 60-70.
- Bowleg, L. (2004). Love, sex, and masculinity in sociocultural context: HIV concerns and condom use among African American men in heterosexual relationships. *Men and Masculinities*, 7(2), 166-186.
- Bowleg, L., Belgrave, F. Z., & Reisen, C. A. (2000). Gender roles, power strategies, and precautionary sexual self-efficacy: Implications for Black and Latina women's HIV/AIDS protective behaviors. *Sex Roles*, 42(7-8), 613-635.
- Boyer, C., Tschann, J., & Shafer, M. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *Journal of Adolescent Health Research*, 14(4), 448-465.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Brigham, T. A., Donahoe, P., Gilbert, B. J., Thomas, N., Zemke, S., Koonce, D., et al. (2003). Psychology and AIDS education: Reducing high-risk sexual behavior. *Behavior & Social Issues*, 12(1), 10-18.
- Brindis, C. (2002). Advancing the adolescent reproductive health policy agenda: issues for the coming decade. *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 296-309.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by nature and by design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brough, P., Reid, T., & Unsworth, E. (2002). Sexual health provision for young people. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 28(4), 218-220.
- Brown, J. (2002). Mass Media Influences on Sexuality. *Journal of Sex Research*, 39(1), 42-45.
- Brown, J., Halpern, C. T., & L'Engle, K. L. (2005). Mass media as a sexual super peer for early maturing girls. *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 420-427.
- Brown, J., & Keller, S. N. (2000). Can the Mass Media Be Healthy Sex Educators? *Family Planning Perspectives*, 32(5), 255-256.
- Bryan, A., Aiken, L., & West, A. (1999). The impact of males proposing condom use on perceptions of an initial sexual encounter. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(3), 275-286.
- Burack, R. (1999). Teenage sexual behaviour: attitudes towards and declared sexual activity. *The British Journal of Family Planning*, 24(4), 145-148.

-
- Buston, K., Wight, D., Hart, G., & Scott, S. (2002). Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research*, 17(1), 59-72.
- Buyse, A., & Van Oost, P. (1997). 'Appropriate' male and female safer sexual behaviour in heterosexual relationships. *AIDS Care*, 9(5), 549-561.
- Cabral, M., & Pais, J., (Coord.). (1998). *Jovens portugueses de hoje*. Oeiras: Celta Editora.
- Calhoun, E., & Friel, L. V. (2001). Adolescent sexuality: Disentangling the effects of family structure and family context. *Journal of Marriage & Family*, 63, 669-681.
- Campbell, C., & MacPhail, C. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, 55(2), 331-345.
- Card, J., Benner, T., Shields, J., & Feinstein, N. (2001). The HIV/AIDS prevention program archive (HAPPA). *AIDS Education and Prevention*, 13 (1), 1-28.
- Carlson, C., Uppal, S., & Prosser, E. C. (2000). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20(1), 44-67.
- Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L. D. (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19(2), 185-197.
- Carpenter, C. (2005). Youth alcohol use and risky sexual behavior: evidence from underage drunk driving laws. *Journal of Health Economics*, 24(3), 613-628.
- Carr, R. L., & Gramling, L. F. (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 15(5), 30-39.
- Carter- Jessop, L., & Franklin, L. N. (2000). Abstinence education for urban youth. *Journal of Community Health*, 25 (4), 293-304.
- Caskey, J. D., & Rosenthal, S. L. (2005). Conducting research on sensitive topics with adolescents: ethical and developmental considerations. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(1), 61-67.
- Castaneda, D. (2000). The Close Relationship Context and HIV/AIDS Risk Reduction Among Mexican Americans. *Sex Roles*, 42(7-8), 551-580.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17(1), 53-72.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). Programs that work. Retirado em 05-01-04, de <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2003. Surveillance Summaries. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 21, 53 (NºSS-2). United States: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2005). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 30 de Junho de 2005. Doc.134*. Lisboa: Instituto
-

-
- Nacional de Saúde de Lisboa, Comissão Nacional de Luta contra a SIDA. Retirado em 10-08-05, de http://www.insarj.pt/site/resources/images/ Docs/ SIDA_6_2005.pdf
- Cerwonka, E., Isbell, T., & Hansen, C. (2000). Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12(2), 141-153.
- Chapin, J. (2000a). Third-person perception and optimistic bias among urban minority at-risk youth. *Communication Research*, 27(1), 51-81.
- Chapin, J. (2000b). Adolescent sex and the mass media: a developmental approach. *Adolescence*, 35(140), 799-811.
- Chesson, H. W., Harrison, P., Scotton, C. R., & Varghese, B. (2005). Does funding for HIV and sexually transmitted disease prevention matter? Evidence from panel data. *Evaluation Review*, 29(1), 3-23.
- Christopherson, T. M., & Jordan-Marsh, M. (2004). Culture & risk taking in adolescents' behaviors. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(2), 100-105.
- Chung, P. J., Borneo, H., Kilpatrick, S. D., Lopez, D. M., Travis, R., Jr., Lui, C., et al. (2005). Parent-adolescent communication about sex in Filipino American families: a demonstration of community-based participatory research. *Ambulatory Pediatrics*, 5(1), 50-55.
- Clark, J. K., Brey, R. A., & Banter, A. E. (2003). Physicians as educators in adolescent sexuality education. *The Journal of School Health*, 73(10), 389-391.
- Claúdio, V., Pereira, M., & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece. *Análise Psicológica*, 2(3), 211-226.
- Claúdio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2(XI), 159-174.
- CNLCS. (2000a). *Prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida em Portugal: Revisão das Políticas e estratégias*. Portugal: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.
- CNLCS. (2000b). *Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção VIH/SIDA para o triénio 2001-2003*: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.
- CNLCS. (2003). *Diferentes sim, indiferentes nunca! Plano Nacional de Luta Contra a SIDA*. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: an introduction. *Journal of Sex Research*, 39(1), 3-6.
- Collins, J., Robin, L., Wooley, S., & al., e. (2002). Programs-that-work: CDC's guide to effective programs that reduce health-risk behavior of youth. *Journal of School Health*, 72(3), 93-99.
- Collins, R., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E., Kunkel, D., Hunter, S. B., et al. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*, 114(3), e280-e289. Retirado em 15-12-04, de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/114/3/e280>
-

-
- Collins, R. (2005). Sex on Television and Its Impact on American Youth: Background and Results from the RAND Television and Adolescent Sexuality Study. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 371-385.
- Collins, W. (2003). More than a myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1-24.
- Comer, L. K., & Nemeroff, C. J. (2000). Blurring emotional safety with physical safety in AIDS and STD risk estimations: The casual/regular partner distinction. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(12), 2467-2490.
- Concoran, J. (2000). Ecological factors associated with sexual activity. *Social Work in Health Care*, 30(4), 93-111.
- Connell, P., McKevitt, C., & Low, N. (2004). Investigating ethnic differences in sexual health: focus groups with young people. *Sexually Transmitted Infections Sexually Transmitted Infections*, 80(4), 300-305.
- Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., & Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. *Adolescence*, 39(155), 457-473.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 14, 101-117.
- Côté-Arsenault, D. (2005). Maintaining your focus in focus groups: avoiding common mistakes. *Research in Nursing & Health*, 28(2), 172-179.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: a review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40(1), 13-26.
- Crosby, R. A., DiClemente, R., Wingood, G., Sionean, C., Cobb, B., & Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents: importance of relationship dynamics. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 154(9), 893-899.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. L., et al. (2002). Condom use and correlates of African American adolescent females' infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education & Behavior*, 29(2), 219-231.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Salazar, L. F., Harrington, K., Davies, S. L., et al. (2003). Identification of strategies for promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prevention Science*, 4(4), 263-270.
- Crosby, R. A., Kegler, M. C., & DiClemente, R. J. (2002). Understanding and applying theory in health promotion practice and research. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving Public Health* (pp. 1-15). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Crosby, R. A., Salazar, L. F., & Diclemente, R. J. (2004). Lack of recent condom use among detained adolescent males: a multilevel investigation. *Sexually Transmitted Infections*, 80(6), 425-429.

-
- Crosnoe, R., Erickson, K., & Dornbusch, S. (2002). Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behaviour of adolescent boys and girls: reducing the impact of risky friendships. *Youth & Society*, 33(4), 515-544.
- Crossley, M. (2002). 'Could you please pass one of those health leaflets along?': exploring health, morality and resistance through focus groups. *Social Science & Medicine*, 55(8), 1471-1483.
- Cruz, J., & Vilaça, T. (1996). Prevenção do SIDA/VIH nos adolescentes e jovens adultos: contribuições da psicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 219-242.
- Cruz, J., Vilaça, T., Sousa, A., Gomes, R., Melo, B., Araújo, M., et al. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA em adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 279-304.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (Eds.). (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: Who Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents No. 4).
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (Eds.). (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO
- Davies, S., DiClemente, R., Wingood, G., Person, S., Crosby, R., Harrington, K., et al. (2004). Relationship characteristics and sexual practices of African American adolescents girls who desire pregnancy. *Health Education & Behavior*, 31(4), 85S-96S.
- De Visser, R. (2004). Delayed application of condoms, withdrawal and negotiation of safer sex among heterosexual young adults. *AIDS Care*, 16(3), 315-322.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 170-183.
- Dei, M., Bruni, V., Bettini, P., Leonetti, R., Balzi, D., & Pasqua, A. (2004). The resistance to contraceptive use in young Italian women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 9(4), 214-220.
- Deren, S., Oliver-Velez, D., Finlinson, A., Robles, R., Andia, J., Colon, H. M., et al. (2003). Integrating qualitative and quantitative methods: comparing HIV-related risk behaviors among Puerto Rican drug users in Puerto Rico and New York. *Substance Use Misuse*, 38(1), 1-24.
- DGS. (2005). Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Retirado em 20-06-05, de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006897.pdf>
- Diamond, L. M., & Lucas, S. (2004). Sexual-minority and heterosexual youths' peer relationships: Experiences, expectations, and implications for well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 14(3), 313-340.
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., & Fernandes, J. (2004). Risco de infecção por VIH/SIDA e utilização-acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 211-218.

-
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2001). Comportamento sexual - auto-relatos numa comunidade migrante. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 137-153.
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante - implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3(1), 89-102.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2005a). Sexualidade e risco na adolescência. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 131-140). Lisboa: FMH Edições.
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2005b). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15(3), 300-304.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. C. (in press). AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS infected people among adolescents. *AIDS Care*.
- Diaz, M., Mello, M. B., Sousa, M. H., Cabral, F., Castro e Silva, R., Campos, M., et al. (2005). Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes, and behavior of Brazilian adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 589-597.
- DiCenso, A., Borthwick, V. W., Busca, C. A., Creatura, C., Holmes, J. A., Kalagian, W. F., et al. (2001). Completing the picture: adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*, 92(1), 35-38.
- DiClemente, R. (2001). Development of programmes for enhancing sexual health. *Lancet*, 358(9296), 1828-1829.
- DiClemente, R., Salazar, L. F., Crosby, R. A., & Rosenthal, S. L. (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective--a commentary. *Public Health*, 119(9), 825-836.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., et al. (2001a). Parental monitoring: Association with adolescents' risks behaviors. *Pediatrics*, 107(6), 1369-1374.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., et al. (2001b). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *Journal of Pediatrics*, 139(3), 401-412.
- DiClemente, R., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., et al. (2001c). A prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108(5), e85-e91. Retirado em 20-06-04, de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/5/e85>
- DiClemente, R., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., 3rd, et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *JAMA*, 292(2), 171-179.

-
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J. E., & McCarty, F. (2004). Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *Journal of Adolescent Health, 35*(6), 528e11-528e20.
- Dilorio, C., Dudley, W., Kelly, M., Soet, J., Mbwarra, J., & Potter, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13-through 15-years-old adolescents. *Journal of Adolescent Health, 29*(3), 208-216.
- Dilorio, C., Dudley, W., Soet, J., Watkins, J., & Maibach, E. (2000). A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nursing research, 49*(4), 208-214.
- Dilorio, C., Kelly, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health, 24*(3), 181-189.
- Dilorio, C., Resnicow, K., Dudley, W., Thomas, S., Wang, D., Van Marter, D., et al. (2000). Social cognitive factors associated with mother-adolescent communication about sex. *Journal of Health Communication, 5*(1), 41-51.
- Dittus, P., & Jaccard, J. (2000). Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health, 26*(4), 268-278.
- Donnelly, J., Goldfarb, E. S., Ferraro, H., Eadie, C., & Duncan, D. F. (2001). Assessing sexuality attitudes and behaviors and correlates of alcohol and drugs. *Psychological Reports, 88*(3), 849-853.
- Donnerstein, E., & Smith, S. (2001). Sex in the media: Theory, influences, and solutions. In D. Singer & J. Singer (Eds.), *Handbook of children and the media* (pp. 289-307). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Duncan, P., Dixon, R. R., & Carlson, J. (2003). Childhood and adolescent sexuality. *Pediatric Clinics of North America, 50*(4), 765-780.
- Duque, V. (2002). *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: Perspectiva Histórica*. Coimbra: Edições Minerva.
- Ebreo, A., Feist-Price, S., Siewe, Y., & Zimmerman, R. S. (2002). Effects of peer education on the peer educators in a school-based HIV prevention program: Where should peer education research go from here? *Health Education & Behavior, 29*(4), 411-423.
- Eccles, J. S., & Barber, B. L. (1999). Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters? *Journal of Adolescent Research, 14*(1), 10-43.
- Eggermont, S. (2005). Young adolescents' perceptions of peer sexual behaviours: the role of television viewing. *Child: Care, Health and Development, 31*(4), 459-468.
- Eloundou-Enyegue, P. M., Meekers, D., & Calves, A. E. (2005). From awareness to adoption: the effect of AIDS education and condom social marketing on condom use in Tanzania (1993-1996). *Journal of Biosocial Science, 37*(3), 257-268.
- Entre Nous. (2004). ICPD at ten. 1994 International Conference on population and Development.

-
- EuroHiv. (2004). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report, 2003*. (Vol. N°70). Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire. Retirado em 12-04-05, de http://www.invs.sante.fr/publications/2005/eurohiv_report_70/report_eurohiv_70.pdf
- Eyre, S. L., & Millstein, S. G. (1999). What Leads to Sex? Adolescent Preferred Partners and Reasons for Sex. *Journal of Research on Adolescence*, 9(3), 277-307.
- Farquhar, C. D., R. (1999). Are focus groups suitable for "sensitive" topics? In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Eds.), *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage.
- Feldman, S., & Rosenthal, D. (2000). The effect of communication characteristics on family members' perceptions of parents as sex educators. *Journal of Research on Adolescence*, 10(2), 119-150.
- Felton, G. M., & Bartoces, M. (2002). Predictors of initiation of early sex in black and white adolescent females. *Public Health Nursing*, 19(1), 59-67.
- Fenton, K. A., Mercer, C. H., McManus, S., Erens, B., Wellings, K., Macdowall, W., et al. (2005). Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey. *Lancet*, 365(9466), 1246-1255.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fern, E. (2001). *Advanced focus group research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fishbein, M., & Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27(2), 101-110.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Flowers-Coulson, P. A., Kushner, M. A., & Bankowski, S. (2000). The information is out there, but is anyone getting it? Adolescent misconceptions about sexuality education and reproductive health and the use of the Internet to get answers. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(2/3), 178-188.
- Ford, K., & Lepkowski, J. M. (2004). Characteristics of sexual partners and STD infection among American adolescents. *International Journal of STD & AIDS*, 15(4), 260-265.
- Forehand, R., Gound, M., Kotchick, B. A., Armistead, L., Long, N., & Miller, K. S. (2005). Sexual intentions of black preadolescents: associations with risk and adaptive behaviors. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(1), 13-18.
- Foreman, E. F. (2003). Intimate risk: Sexual risk behavior among African American college women. *Journal of Black Studies*, 33(5), 637-653.
- French, D., & Dishion, T. (2003). Predictors of early initiation of sexual intercourse among high-risk adolescents. *Journal of Early Adolescent*, 23(3), 295-315.

-
- French, R. (2002). The experience of young people with contraceptive consultations and health care workers. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 14(2), 131-138.
- Frith, H. (2000). Focusing on sex: using focus groups in sex research. *Sexualities*, 3(3), 275-297.
- Futterman, D. C., Peralta, L., Rudy, B. J., Wolfson, S., Guttmacher, S., & Rogers, A. S. (2001). The ACCESS (Adolescents Connected to Care, Evaluation, and Special Services) project: social marketing to promote HIV testing to adolescents, methods and first year results from a six city campaign. *Journal of Adolescent Health*, 29(3 Suppl), 19-29.
- Garriguet, D. (2005). Early sexual intercourse. *Health Reports*, 16(3), 9-18.
- Garwick, A., Nerdahl, P., Banken, R., Muenzenberger-Bretl, L., & Sieving, R. (2004). Risk and protective factors for sexual risk taking among adolescents involved in Prime Time*1. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(5), 340-350.
- Gentry, D., Gilliam, A., Holtgrave, D. R., & Sy, F. (2002). HIV prevention evaluation: current contributions and future directions. *AIDS Education and Prevention*, 14(3 Suppl A), 123-128.
- Ginsburg, K. R., Winn, R. J., Rudy, B. J., Crawford, J., Zhao, H., & Schwarz, D. F. (2002). How to reach sexual minority youth in the health care setting: the teens offer guidance. *Journal of Adolescent Health*, 31(5), 407-416.
- Glynn, J. R., Carael, M., Buve, A., Anagonou, S., Zekeng, L., Kahindo, M., et al. (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities. *Tropical Medicine & International Health*, 9(1), 4-14.
- Goldman, K., & Schmalz, K. (2001). Focus on Focus Groups! *Health Promotion Practice*, 2(1), 14-19.
- Gomes, W., Costa, M. C., Sobrinho, C., Santos, C., & Bacelar, E. (2002). Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(4), 301-308.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes - Problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 55-64.
- Goodwin, R., Kozlova, A., Nizharadze, G., & Polyakova, G. (2004). HIV/AIDS among adolescents in Eastern Europe: knowledge of HIV/AIDS, social representations of risk and sexual activity among school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and the Ukraine. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 381-396.
- Goold, P. C., Bustard, S., Ferguson, E., Carlin, E. M., Neal, K., & Bowman, C. A. (2005). Pilot study in the development of an Interactive Multimedia Learning Environment for sexual health interventions: a focus group approach. *Health Education Research*. Retirado em 01-07-2005, de <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/cyh040v1>.
-

-
- Goold, P. C., Ward, M., & Carlin, E. M. (2003). Can the Internet be used to improve sexual health awareness in web-wise young people? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29(1), 28-30.
- Gowen, L. K., Feldman, S. S., Diaz, R., & Yisrael, D. S. (2004). A Comparison of the Sexual Behaviors and Attitudes of Adolescent Girls With Older Vs. Similar-Aged Boyfriends. *Journal of Youth & Adolescence*, 33(2), 167-175.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: Sage.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2 ed.). Mountain View, California: Mayfield.
- Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Baldo, M., & Slutkin, G. (1997). Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 421-453.
- Grzywacz, J. C., & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: leverage points and linkages. *Behavior Medicine*, 26(3), 101-115.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Pena, J., & Goldberg, V. (2005). Acculturation-related variables, sexual initiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban youth. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 88-95.
- Guilamo-Ramos, V., Litardo, H., & Jaccard, J. (2005). Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors: Implications of the co-occurrence of problem behaviors in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 82-86.
- Guzman, B. L., Schlehofer-Sutton, M. M., Villanueva, C. M., Dello Stritto, M. E., Casad, B. J., & Fera, A. (2003). Let's talk about sex: how comfortable discussions about sex impact teen sexual behavior. *Journal of Health Communication*, 8(6), 583-598.
- Haavet, O. R., Straand, J., Saugstad, O. D., & Grunfeld, B. (2004). Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two sides of the same coin? A study of 15-year-olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatrica*, 93(3), 405-411.
- Hacker, K. A., Amare, Y., Strunk, N., & Horst, L. (2000). Listening to youth: teen perspectives on pregnancy prevention. *Journal of Adolescent Health*, 26(4), 279-288.
- Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-231.
- Halpern, C., Joyner, K., Udry, J. R., & Suchindran, C. (2000). Smart teens don't have sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 213-225.
- Halpern-Felsher, B., Ozer, E. M., Millstein, S. G., Wibbelsman, C. J., Fuster, C. D., Elster, A. B., et al. (2000). Preventive services in a health maintenance organization: how well do pediatricians screen and educate adolescent patients? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(2), 173-179.
- Halpern-Felsher, B. L., Kropp, R. Y., Boyer, C. B., Tschann, J. M., & Ellen, J. M. (2004). Adolescents' self-efficacy to communicate about sex: its role in condom attitudes, commitment, and use. *Adolescence*, 39(155), 443-456.

-
- Hansen, L., Mann, J., McMahon, S., & Wong, T. (2004). Sexual Health. *BMC Women's Health*, 4 (Suppl 1), S24.
- Hanson, R. F., Kievit, L. W., Saunders, B. E., Smith, D. W., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., et al. (2003). Correlates of adolescent reports of sexual assault: findings from the National Survey of Adolescents. *Child Maltreatment*, 8(4), 261-272.
- Hardeman, W., Pierro, A., & Mannetti, L. (1997). Determinants of intentions to practice safe sex among 16-25 year-olds. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(5), 345-360.
- Harrington, J. (1999). AIDS, public health and the law: a case of structural coupling? *European Journal of Health Law*, 6(3), 213-234.
- Havinghurst, R. J. (1972). *Developmental task and education* (3 ed.). New York: McKay.
- He, K., Kramer, E., Houser, R. F., Chomitz, V. R., & Hacker, K. A. (2004). Defining and understanding healthy lifestyles choices for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35(1), 26-33.
- Hearn, K. D., O'Sullivan, L. F., & Dudley, C. D. (2003). Assessing reliability of early adolescent girls' reports of romantic and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32(6), 513-521.
- Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Shrier, L. A., & Shahar, G. (2005). Supportive relationships and sexual risk behavior in adolescence: An ecological-transactional approach. *Journal of Pediatric Psychology*. Retirado em 20-05-2005, de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/ajs024v1>
- Herek, G. M., Capitano, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and Trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92 (3), 371-377.
- Hogg, R. S., Weber, A. E., Craib, K. J., Anis, A. H., O'Shaughnessy, M. V., Schechter, M. T., et al. (1998). One world, one hope: the cost of providing antiretroviral therapy to all nations. *AIDS*, 12(16), 2203-2209.
- Hollander, J. (2004). The social context of focus groups. *Journal of Contemporary Ethnography*, 33(5), 602-637.
- Holtgrave, D. R. (2002). Estimating the effectiveness and efficiency of US HIV prevention efforts using scenario and cost-effectiveness analysis. *AIDS*, 16(17), 2347-2349.
- Holtgrave, D. R. (2005). A proposed format for tracking the Centers for Disease Control and Prevention's national HIV prevention goal. *Journal of Public Health Management Practice*, 11(1), 4-6.
- Holtgrave, D. R., & Pinkerton, S. D. (2000). Consequences of HIV prevention interventions and programs: spectrum, selection, and quality of outcome measures. *AIDS*, 14 (Suppl 2), S27-33.
- Holzner, B. M., & Oetomo, D. (2004). Youth, sexuality and sex education messages in Indonesia: issues of desire and control. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 40-49.

-
- Hopkins, C. D., Tanner, J. F., Jr., & Raymond, M. A. (2004). Risk avoidance versus risk reduction: a framework and segmentation profile for understanding adolescent sexual activity. *Health Marketing Quarterly*, 21(3), 79-106.
- Hoppe, M. J., Graham, L., Wilsdon, A., Wells, E. A., Nahom, D., & Morrison, D. M. (2004). Teens speak out about HIV/AIDS: Focus group discussions about risk and decision-making. *Journal of Adolescent Health*, 35(4), 345-346.
- Horowitz, S. M. (2003). Applying the transtheoretical model to pregnancy and STD prevention: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 17(5), 304-328.
- Hovell, M., Hillman, E. R., Blumberg, E., Sipan, C., Atkins, C., Hofstetter, C. R., et al. (1994). A behavioral-ecological model of adolescent sexual development: a template for AIDS prevention. *Journal of Sex Research*, 31(4), 267-282.
- Hovell, M., Wahlgren, D. R., & Gehrman, C. A. (2002). The behavioral ecological model. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving Public Health* (pp. 347-385). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Howard, D. E., & Wang, M. Q. (2004). Multiple sexual-partner behavior among sexually active US adolescent girls. *American Journal of Health Behavior*, 28(1), 3-12.
- Huebner, A. J., & Howell, L. W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 71-78.
- Hutchinson, M., Jemmott, J. B. I., Jemmott, L. S., Braverman, P., & Fong, G. T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 98-107.
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D., & Drennan, J. (2005). The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Social Science & Medicine*. Retirado em 20-06-05, de <http://www.sciencedirect.com/science?>
- INE. (1998). *Inquérito à fecundidade e família: resultados preliminares*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Irwin, C. E. J., Burg, S. J., & Cart, C. U. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31, 91-121.
- Jaccard, J., Blanton, H., & Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 41(1), 135-147.
- Jaccard, J., Dittus, P., & Gordon, V. (2000). Parent-adolescent congruency in reports of adolescent sexual behavior and in communications about sexual behavior. *Child Development*, 69 (1), 247-261.
- Jaccard, J., & Dittus, P. J. (2000). Adolescent Perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1426.

-
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2002). Parent-adolescent communication about sex and birth control: A conceptual framework. In S. S. Feldman & D. A. Rosenthal (Eds.), *Talking sexuality: Parent-adolescent communication*. (Vol. 97, pp. 9-41). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Jackson, S. M., & Cram, F. (2003). Disrupting the sexual double standard: young women's talk about heterosexuality. *The British Journal of Social Psychology*, 42(Pt1), 113-127.
- Jacobson, K. C., & Crockett, L. J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: an ecological perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 10(1), 65-97.
- James, S., Reddy, S. P., Taylor, M., & Jinabhai, C. C. (2004). Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behaviour. *Acta Paediatrica*, 93(2), 264-269.
- Jemmott, J. B., 3rd, & Jemmott, L. S. (2000). HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14 (Suppl 2), S40-52.
- Jemmott, J. B., 3rd, Jemmott, L. S., Braverman, P. K., & Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159(5), 440-449.
- Jessor, R. A. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller & J. Weiss (Eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 69-90). New York: J Wiley.
- Jessor, R. A., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). *Beyond Adolescence: Problem behavior and young adult development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Jessor, R. A., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Jessor, R. A., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F., & Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31 (6), 923-933.
- Johansson, T., & Ritzen, E. M. (2005). Very long-term follow-up of girls with early and late menarche. *Endocrine Development*, 8, 126-136.
- Johnson, R. J., McCaul, K. D., & Klein, W. M. P. (2002). Risk involvement and risk perception among adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 67-82.
- Jones, D., Forenhand, R., Brody, G., & Armistead, L. (2003). Parental monitoring in African American, single mother - Headed families: An ecological approach to the identification of predictors. *Behavior Modification*, 27(4), 435-457.
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Singh, S. (2005). Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 279-288.

-
- Jones, R. K., Purcell, A., Singh, S., & Finer, L. B. (2005). Adolescents' reports of parental knowledge of adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated parental notification for prescription contraception. *JAMA*, 293(3), 340-348.
- Joyner, K., & Udry, J. R. (2000). You don't bring me anything but down: adolescent romance and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(4), 369-391.
- Juntunen, E. (2004). Youth-friendly health services: Why do young people need special services. *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 58, 24-25.
- Kaestle, C. E., Halpern, C. T., Miller, W. C., & Ford, C. A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 161(8), 774-780.
- Kaestle, C. E., Morisky, D. E., & Wiley, D. J. (2002). Sexual intercourse and the age difference between adolescent females and their romantic partners. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(6), 304-309.
- Kalichman, S., Stein, J. A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., et al. (2002). Predicting protected sexual behaviour using the Information-Motivation-Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 327-338.
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., & Rimpela, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26(5), 531-545.
- Kane, R., Macdowall, W., & Wellings, K. (2003). Providing information for young people in sexual health clinics: getting it right. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29(3), 141-145.
- Kang, S. Y., Deren, S., Andia, J., Colon, H. M., & Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive Behaviors*, 29(3), 567-574.
- Kann, L., Kinchen, S., Williams, B., Ross, J., Lowry, R., Grunbaum, J., et al. (2000). *Youth Risk Behavior Surveillance: 1999*. United States: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Adolescent and School Health. Morbidity and Mortality Weekly Report, 49 (SS05).
- Kaplan, E. B., & Cole, L. (2003). "I want to read stuff on boys": White, Latina, and Black girls reading seventeen magazines and encountering adolescence. *Adolescence*, 38(149), 141-159.
- Karofsky, P. S., Zeng, L., & Kosorok, M. R. (2001). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 28(1), 41-45.
- Keller, S. N., & Brown, J. D. (2002). Media interventions to promote responsible sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1), 67-72.

-
- Kelly, P. (2000). The dangerousness of youth-at-risk: the possibilities of surveillance and intervention in uncertain times. *Journal of Adolescence*, 23(4), 463-476.
- Kennedy, M., Minuzo, Y., Hoffman, R., Baume, C., & Strand, J. (2000). The effect of tailoring a model HIV prevention program for local adolescent target audiences. *AIDS Education and Prevention*, 12, 225-238.
- Kershaw, T. S., Ethier, K. A., Niccolai, L. M., Lewis, J. B., & Ickovics, J. R. (2003). Misperceived risk among female adolescents: social and psychological factors associated with sexual risk accuracy. *Health Psychology*, 22(5), 523-532.
- Kidd, P. S., & Parshall, M. B. (2000). Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*, 10, 293-308.
- Kington, Y., & Sullivan, A. (2001). The family as a protective asset in adolescent development. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 102-121.
- Kinsler, J., Sneed, C. D., & Morisky, D. E. (2003). Letter to the Editor: The application of psychosocial factors to HIV risk among Belizean adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 3-4.
- Kinsman, S., & Romer, D. (1998). Early sexual initiation: The role of peer norms. *Pediatrics*, 102(5), 1185-1192.
- Kirby, D. (2001). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 276-281.
- Kirby, D. (2002a). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1), 27-33.
- Kirby, D. (2002b). Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 26(6), 473-485.
- Kirby, D., Brener, N., Brown, N., Peterfreund, N., Hillard, P., & Harrist, R. (1999). The impact of condom availability [correction of distribution] in Seattle schools on sexual behavior and condom use. *American Journal of Public Health*, 89(2), 182-187.
- Kirkman, M., Rosenthal, D., & Smith, A. M. A. (1998). Adolescent sex and the romantic narrative: why some young heterosexuals use condoms to prevent pregnancy but not disease. *Psychology, Health & Medicine*, 3(4), 355-370.
- Kirp, D. L., & Bayer, R. (1992). *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Kitzinger, J. (2000). Focus groups with users and providers of health care. In *Qualitative research in health care* (2nd ed). London: British Medical Association.
- Klein, H., Elifson, K. W., & Sterk, C. E. (2003). "At risk" women who think that they have no chance of getting HIV: self-assessed perceived risks. *Women Health*, 38(2), 47-63.
- Kmietowicz, Z. (2003). Adolescents are building up health problems for the future. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7428), 1366.
- Korte, J. E., Shain, R. N., Holden, A. E., Piper, J. M., Perdue, S. T., Champion, J. D., et al. (2004). Reduction in sexual risk behaviors and infection rates among African Americans and Mexican Americans. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(3), 166-173.

-
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 493-519.
- Kraut-Becher, J. R., & Aral, S. O. (2003). Gap length: An important factor in sexually transmitted disease transmission. *Sexually Transmitted Diseases, 30*(3), 221-225.
- Kroger, J. (2000). *Identity Development. Adolescence through Adulthood*. Thousand Oaks: Sage.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied Research* (3rd Edition ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- La Greca, A. M., Prinstein, M. J., & Fetter, M. D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: linkages with health-risk behaviors and close friendships. *Journal of Pediatric Psychology, 26*(3), 131-143.
- Lafferty, W. E., Downey, L., Holan, C. M., Lind, A., Kassler, W., Tao, G., et al. (2002). Provision of sexual health services to adolescent enrollees in medicaid managed care. *American Journal of Public Health, 92*(11), 1779-1783.
- Lam, T. H., Shi, H. J., Ho, L. M., Stewart, S. M., & Fan, S. (2002). Timing of pubertal maturation and heterosexual behavior among Hong Kong Chinese adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 31*(4), 359-366.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health, 26*(1), 42-48.
- Langille, D. B., Andreou, P., Beazley, R. P., & Delaney, M. E. (1998). Sexual health knowledge of students at a high school in Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health, 89*(2), 85-89.
- Langille, D. B., & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age 15 among female adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Human Sexuality 11*(2), 91-100.
- Last, J. (2001). *Dictionnary of Epidemiology* (4 ed.). New York: Oxford University Press.
- Lawrence, J. S., Eldridge, G. D., Reitman, D., Little, C. E., Shelby, M. C., & Brasfield, T. L. (1998). Factors influencing condom use among African American women: implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology, 26*(1), 7-28.
- Lederman, R. P., Chan, W., & Roberts-Gray, C. (2004). Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: survey comparisons of parent-teen prevention and control groups. *Behavioral Medicine, 29*(4), 155-163.
- Leigh, B. C. (2002). Alcohol and condom use: A meta-analysis of event-level studies. *Sexually Transmitted Diseases, 29* (8), 476-482.
- Leite, C., Rodrigues, N., & Fonseca, C. (2004). Factores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(2), 474-481.
- Lerner, R. M. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology, 49*, 413-446.

-
- Lerner, R. M., & Castellino, D. R. (2002). Contemporary developmental theory and adolescence: developmental systems and applied developmental science. *Journal of Adolescent Health, 31*(6 Suppl), 122-135.
- Lerner, R. M., & Thompson, L. S. (2002). Promoting healthy adolescent behavior and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs. *Journal of Pediatric Nursing, 17*(5), 338-344.
- Lesch, E., & Kruger, L. M. (2005). Mothers, daughters and sexual agency in one low-income South African community. *Social Science & Medicine, 61*(5), 1072-1082.
- Levi, G. C., & Vitoria, M. A. (2002). Fighting against AIDS: The Brazilian experience. *AIDS, 16*(18), 2373-2383.
- Levinson, R. A., Sadigursky, C., & Erchak, G. M. (2004). The impact of cultural context on Brazilian adolescents' sexual practices. *Adolescence, 39*(154), 203-227.
- Li, X., Feigelman, S., & Stanton, B. (2000). Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27*(1), 43-48.
- Li, X., Stanton, B., & Feigelman, S. (2000). Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *Journal of Adolescent Health, 27*(1), 49-56.
- Lindemann, D. F., & Brigham, T. A. (2003). A Guttman scale for assessing condom use skills among college students. *AIDS and Behavior, 7*(1), 23-27.
- Linhorst, D. (2002). A review of the use and potential of focus groups in social work research. *Qualitative Social Work, 1*(2), 208-228.
- Lipovsek, V., Karim, A., Gutiérrez, E., Magnani, R., & Gomez, M. (2002). Correlates of adolescent pregnancy in la Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence, 37*(146), 335-353.
- Lobdell, D., Gilboa, S., Mendola, P., & Hesse, B. (2005). Use of focus groups for the environmental health researcher. *Journal of Environmental Health, 67*(9), 36-42.
- Locke, T. F., Newcomb, M. D., & Goodyear, R. K. (2005). Childhood experiences and psychosocial influences on risky sexual behavior, condom use, and HIV attitudes-behaviors among Latino males. *Psychology of Men and Masculinity, 6*(1), 25-38.
- London, A. S., & Robles, A. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Social Science & Medicine, 51*(8), 1267-1278.
- Lucas, J. (1993). *A sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 332-348). New York: Oxford University Press.
- MacPhail, C., & Campbell, C. (2001). 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine, 52*(11), 1613-1627.

-
- Magnani, R., Macintyre, K., Karim, A. M., Brown, L., Hutchinson, P., Kaufman, C., et al. (2005). The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health, 36*(4), 289-304.
- Magnani, R. J., Gaffikin, L., de Aquino, E. M. L. o., Seiber, E. E., Almeida, M. d. C. Ã. o. C., & Lipovsek, V. (2001). Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil. *Studies in Family Planning, 32*(3), 230-243.
- Main, D. S. (2002). Commentary: Understanding the effects of peer education as a health promotion strategy. *Health Education & Behavior, 29*(4), 424-426.
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, C. M., & Schum, J. L. (2004). Effects of alcohol and expectancies on HIV-related risk perception and behavioral skills in heterosexual women. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*(4), 288-297.
- Malamuth, N., & Impett, E. (2001). Research on sex in the media: What do we know about effects on children and adolescents? In D. Singer & J. Singer (Eds.), *Handbook of children and the media* (pp. 289-307). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mandara, J., Murray, C. B., & Bangi, A. K. (2003). Predictors of African American adolescent sexual activity: An ecological framework. *Journal of Black Psychology, 29*(3), 337-356.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2004). Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36*(6), 265-275.
- Mann, J. M. (1992). AIDS--the second decade: a global perspective. *The Journal of Infectious Diseases, 165*(2), 245-250.
- Mann, J. M. (1997). Public health. Leadership is a global issue. *Lancet, 350*(Suppl 3), SIII23.
- Mann, J. M. (1998). AIDS and human rights: where do we go from here? *Health and Human Rights, 3*(1), 143-149.
- Mann, J. M., & Tarantola, D. (1996). *Aids in the World II*: New York - Oxford: Oxford University Press.
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives, 32*(3), 104-110.
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2005). Adolescents' involvement in non-romantic sexual activity. *Social Science Research, 34*(2), 384-407.
- Marcell, A. V., Raine, T., & Eyre, S. L. (2003). Where does reproductive health fit into the lives of adolescent males? *Perspectives on Sexual Reproductive Health, 35*(4), 180-186.
- Martin, A., Ruchkin, V., Caminis, A., Vermeiren, R., Henrich, C. C., & Schwab-Stone, M. (2005). Early to bed: a study of adaptation among sexually active urban adolescent girls younger than age sixteen. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(4), 358-367.
- Maticka-Tyndale, E. (2001). Sexual health and Canadian youth: How do we measure up? *Canadian Journal of Human Sexuality, 10*(1/2), 1-18.
- Maticka-Tyndale, E., Herold, E. S., & Oppermann, M. (2003). Casual sex among Australian schoolies. *Journal of Sex Research, 40*(2), 158-169.
-

-
- Matos, M. G. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: CDI FMH.
- Matos, M. G. (2005a). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 27-39). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M. G. (2005b). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 15-26). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M. G. (2005c). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 41-49). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M. G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 4(1), 3-20.
- Matos, M. G., & Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Aventura Social. (2004). Risco e Protecção: Adolescentes, pais, amigos e escola. Retirado em 10-05-05, de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/risco_e_proteccao_adolescentes.pdf
- Matos, M. G., Gonçalves, A., Dias, S., & Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH/ IHMT/ FCT/CNLCSDA/HBSC.
- Matos, M. G., Gonçalves, A., Dias, S., Gaspar, T., & Simões, C. (2003). Educação pelos pares: Promoção de competências pessoais e sociais na prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes. Comunicação apresentada nas "1as Jornadas de Educação para a Saúde e para a Sexualidade: A Importância da Educação pelos Pares". Lisboa.
- Matos, M. G., Gonçalves, A. & Gaspar, T. & Aventura Social (2005). Aventura social, etnicidade e risco: Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes. Lisboa: CMDT/ Instituto Higiene e Medicina Tropical e Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. G., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. G. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., & Spence, S. (2005). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 41-49). Lisboa: FMH Edições.
- McBride, C. K., Paikoff, R. L., & Holmbeck, G. N. (2003). Individual and familial influences on the onset of sexual intercourse among urban African American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 159-167.
- McColgan, M. D., & Giardino, A. P. (2005). Internet poses multiple risks to children and adolescents. *Pediatric Annals*, 34(5), 405-414.
- McElderry, D. H., & Omar, H. A. (2003). Sex education in the schools: what role does it play? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15(1), 3-9.
-

-
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23 (5), 569-582.
- McKay, A. (2003). Sex Research Update. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 183-188.
- McKay, S. (2003). Adolescent risk behaviours and communication research: current directions. *Journal of Language and Social Psychology*, 22(1), 73-82.
- McManus, R. (2002). Adolescent care: Reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29(3), 557-569.
- McNeely, C., Nonnemaker, J., & Blum, R. (2002). Promoting school connectedness: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 72(4), 138-146.
- McNeely, C., Shew, M., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B., & Blum, R. (2002). Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15- year-old. *Journal of Adolescent Health*, 31(3), 256-265.
- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education & Prevention*, 14(1), 62-72.
- Merchán-Hamann, E. (1999). Os ensinios da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma praxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Suppl2), 85-92.
- Meschke, L. L., Bartholomae, S., & Zentall, S. R. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: Promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 264-279.
- Miller, K., Kotchick, B., Dorsey, S., Forehand, R., & Ham, A. (1998). Family communication about sex: what are parents saying and are their adolescents listening? *Family Planning Perspectives*, 30(5), 218-235.
- Miller, K., Levin, M., Whitaker, D., & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1542-1544.
- Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002). Perceptions of risk and vulnerability. *Journal of Adolescent Health*, 31(1 Suppl), 10-27.
- Ministério da Educação, & Ministério da Saúde (Eds.). (2000). *Educação sexual em meio escolar - linhas orientadoras*.
- Mizuno, Y., Seals, B., Kennedy, M., & Myllyluoma, J. (2000). Predictors of teens' attitudes toward condoms: Gender differences in the effects of norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(7), 1381-1395.
- MMWR. (1982). Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 31, 507-508, 513-514.
- Moore, S., & Parsons, J. (2000). A research agenda for adolescent risk-taking: where do we go from here? *Journal of Adolescence*, 23(4), 371-376.

-
- Moore, S., & Rosenthal, D. (1991). Adolescents' perceptions of friends' and parents' attitudes to sex and sexual risk-taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1(3), 189-200.
- Morgan, D. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morgan, D. (2001). Focus Group interviewing. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *handbook of interview research: context and method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morrison, D., Gillmore, M., Hoppe, M. J., Gaylord, J., Leigh, B. C., & Rainey, D. (2003). Adolescent drinking and sex: findings from a daily diary study. *Perspectives on Sexual Reproductive Health*, 35(4), 162-168.
- Morrison-Beedy, D., Carey, M., & Aronowitz, T. (2003). Psychosocial correlates of HIV risk behavior in adolescent girls. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1), 94-101.
- Morrison-Beedy, D., Carey, M., Aronowitz, T., Mkandawire, L., & Dyne, J. (2002). Adolescents' input on the development of an HIV risk reduction intervention. *The Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 13(1), 21-27.
- Murphy, D., Rotheram-Borus, M., & Reid, H. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioral skills. *Journal of Adolescence*, 21(2), 197-208.
- Murphy, D., Stein, J., Schlenger, W., & Maibach, E. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health psychology*, 20(4), 281-290.
- Muturi, N. (2005). Communication for HIV/AIDS prevention in Kenya: social-cultural considerations. *Journal of Health Communication*, 10(1), 77-98.
- Nahom, D., Wells, E., Gillmore, M. R., Hoppe, M., Morrison, D. M., Archibald, M., et al. (2001). Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior: Implications for education and HIV prevention. *Journal of School Health*, 71(4), 153-158.
- Nangle, D. W., & Hansen, D. J. (1998). Adolescent heterosocial competence revisited: Implications of an extended conceptualization for the prevention of high-risk sexual interactions. *Education & Treatment of Children*, 21(4), 431-446.
- Neinstein, L., & Anderson, M. (2002). Adolescent Sexuality. In L. Neinstein (Ed.), *Adolescent Health: A Practical Guide* (4 ed., pp. 639-651). Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins.
- Netting, N. S., & Burnett, M. L. (2004). Twenty years of student sexual behavior: subcultural adaptations to a changing health environment. *Adolescence*, 39(153), 19-38.
- Newman, P. A., & Zimmerman, M. A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African American youth: a multivariate approach. *AIDS Education and Prevention*, 12(4), 308-325.

-
- Niccolai, L. M., Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., & Ickovics, J. R. (2003). Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(1), 63-70.
- Niccolai, L. M., Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Meade, C. S., & Ickovics, J. R. (2004). New sex partner acquisition and sexually transmitted disease risk among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 216-223.
- Nicholson, H. J., Collins, C., & Holmer, H. (2004). Youth as people: the protective aspects of youth development in after-school settings. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1) 55-71.
- Noar, S. M., & Morokoff, P. J. (2002). The relationship between masculinity ideology, condom attitudes, and condom use stage of change: A structural equation modeling approach. *International Journal of Men's Health*, 1(1), 43-58.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens Portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.
- Ochieng, B. M. (2001). Health promotion strategy for adolescents' sexual behaviour. *Journal of Child Health Care*, 5(2), 77-81.
- O'Donnell, L., Stueve, A., San Doval, A., Duran, R., Haber, D., Atnafou, R., et al. (1998). The effectiveness of the Reach for health community youth service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. *American Journal of Public Health*, 89(2), 176-181.
- Omar, H., McElderry, D., & Zakharia, R. (2003). Educating adolescents about puberty: What are we missing? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15(1), 79-83.
- Omar, H., & Richard, J. (2004). Cultural sensitivity in providing reproductive care to adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 16(5), 367-370.
- Ornelas, J., & Maria, S. (Eds.). (2000). *Diversidade e Multiculturalidade - Actas da 2.^a Conferência em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental*. Lisboa: ISPA.
- Orrell-Valente, J. K., Valente, J., Ernest, & Halpern-Felsher, B. L. (2005). Ethnic differences in the association between peer norms and adolescents' sexual intentions and behavior: A longitudinal perspective. *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 141.
- Ott, M. A., Evans, N. L., Halpern-Felsher, B. L., & Eyre, S. L. (2003). Differences in altruistic roles and HIV risk perception among staff, peer educators, and students in an adolescent peer education program. *AIDS Education and Prevention*, 15(2), 159-171.
- Owolabi, A. T., Onayade, A. A., Ogunlola, I. O., Ogunniyi, S. O., & Kutí, O. (2005). Sexual behaviour of secondary school adolescents in Ilesa, Nigeria: implications for the spread of STIs including HIV/AIDS. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), 174-178.
- Oxley, G. (2001). HIV/AIDS knowledge and self-esteem among adolescents. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 214-224.
- Ozer, E., Dolcini, M. M., & Harper, G. W. (2003). Adolescents' reasons for having sex: gender differences. *Journal of Adolescent Health*, 33(5), 317-319.

-
- Ozer, E., Adams, S., Lustig, J., Gee, S., Garber, A., Gardner, L. R., et al. (2005). Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. *Pediatrics*, 115(4), 960-968.
- Paicheler, G. (1999). Perception of HIV risk and preventive strategies: A dynamic analysis. *Health*, 3(1), 47-69.
- Paiva, V., Peres, C., & Blesa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicologia USP*, 13(1), 55-78.
- Pantin, H., Schwartz, S. J., Sullivan, S., Prado, G., & Szapocznik, J. (2004). Ecodevelopmental HIV prevention programs for Hispanic adolescents. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 545-558.
- Paradise, J. E., Cote, J., Minsky, S., Lourenco, A., & Howland, J. (2001). Personal values and sexual decision-making among virginal and sexually experienced urban adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 28(5), 404-409.
- Parera, N., & Suris, J. C. (2004). Having a good relationship with their mother: a protective factor against sexual risk behavior among adolescent females? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(4), 267-271.
- Park, I. U., Sneed, C. D., Morisky, D. E., Alvear, S., & Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 73-83.
- Parker, R. (2002). The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 343-346.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2002). *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R., & Camargo, J. K. (2000). Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Supl 1), 89-102.
- Parker, R., Easton, D., & Klein, C. H. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS*, 14(Suppl 1), S22-32.
- Parsons, J., Halkitis, P. N., Bimbi, D., & Borkowski, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescence*, 23(4), 377-391.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27(2), 136-147.
- Pearlman, D. N., Finison, L., & Wallace, L. J. (2002). Tapping youth as agents for change-evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 31-39.
- Pearson, S. (2003). Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 29(4), 194-198.

-
- Pequegnat, W., & Stover, E. (2000). Behavioral prevention is today's AIDS vaccine! *AIDS*, 14(Suppl 2), S1-7.
- Pereira, M. (1997). Identidades sociais e representações sociais dos adolescentes acerca da sida. *Análise Psicológica*, 15(IV), 617-636.
- Perkins, D. F., Luster, T., Villarruel, F. A., & Small, S. (1998). An ecological, risk-factor examination of adolescents' sexual activity in three ethnic groups. *Journal of Marriage & Family*, 60(3), 660-673.
- Peterson-Sweeney, K. (2005). The use of focus groups in pediatric and adolescent research. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2), 104-110.
- Pettifor, A. E., van der Straten, A., Dunbar, M. S., Shiboski, S. C., & Padian, N. S. (2004). Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18(10), 1435-1442.
- Pettit, R. B. (2003). Sexual teens, sexual media: Investigating media's influence on adolescent sexuality. *Journal of Social & Personal Relationships*, 20(2), 262-263.
- Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128.
- Porter, C. P. (2002). Female "tweens" and sexual development. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(6), 402-406.
- Porter, C. P., Oakley, D. J., Guthrie, B. J., & Killion, C. (1999). Early adolescents' sexual behaviors. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(2), 129-142.
- Potsonen, R., & Kontula, O. (1999). Adolescents' knowledge and attitudes concerning infection and HIV infected persons: how a survey and focus group discussions are suites for researching adolescents' HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Education Research*, 14(4), 473-484.
- Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours. *Addiction*, 96(4), 607-621.
- Power, R. (2002). The application of qualitative research methods to the study of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Infections*, 78(2), 87-89.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1, 153-161.
- Price, N. (2001). The performance of social marketing in reaching the poor and vulnerable in AIDS control programmes. *Health Policy and Planning*, 16(3), 231-239.
- Prinstein, M. J., Meade, C. S., & Cohen, G. L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 243-249.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.

-
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471-486.
- Ramirez, J., Gosset, D., Ginburg, K., Taylor, L., & Slap, G. (2000). Preventing HIV transmission: the perspective of inner-city Puerto Rican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 26(4), 258-267.
- Ramirez-Valles, J., Zimmerman, M. A., & Juarez, L. (2002). Gender Differences of Neighborhood and Social Control Processes: A Study of the Timing of First Intercourse among Low-achieving, Urban, African American Youth. *Youth & Society*, 33(3), 418-441.
- Ramirez-Valles, J., Zimmerman, M. A., & Newcomb, M. D. (1998). Sexual risk behavior among youth: Modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors. *Journal of Health & Social Behavior*, 39 (3), 237-253
- Rashad, I., & Kaestner, R. (2004). Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviors. *Journal of Health Economics*, 23(3), 493-503.
- Reininger, B. M., Evans, A. E., Griffin, S. F., Sanderson, M., Vincent, M. L., Valois, R. F., et al. (2005). Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior*, 29(2), 150-161.
- Rich, M., & Ginsburg, K. (1999). The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 25, 371-378.
- Rietmeijer, C. A. (2003). The max for the minimum: brief behavioral interventions can have important HIV prevention benefits. *AIDS*, 17(10), 1561-1562.
- Rivers, K., & Aggleton, P. (2001). Adolescent sexuality, gender, and the HIV epidemic. *Beta, Bulletin of Experimental Treatments for AIDS*, 14(2), 35-40.
- Roberts, A. B., Oyun, C., Batnasan, E., & Laing, L. (2005). Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia: implications for health promotion. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1487-1498.
- Roberts, T. A., Auinger, P., & Klein, J. D. (2005). Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 380-385.
- Robillard, H. H. (2001). The Jamaican adolescent: an assessment of knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS. *Pediatric Nursing*, 27(2), 176-179.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezo, J., et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 3-26.
- Robinson, N. (1999). The use of focus group methodology--with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 905-913.

-
- Roche, K., Mekos, D., Alexander, C., Astone, N., Bandeen-roche, K., & Ensminger, M. (2005). Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighborhood matters. *Journal of Family Issues*, 26(1), 32-54.
- Roche, K. M., Ellen, J., & Astone, N. M. (2005). Effects of out-of-school care on sex initiation among young adolescents in low-income central city neighborhoods. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(1), 68-73.
- Rock, E. M., Ireland, M., Resnick, M. D., & McNeely, C. A. (2005). A rose by any other name? Objective knowledge, perceived knowledge, and adolescent male condom use. *Pediatrics*, 115(3), 667-672.
- Rodgers, K. B. (1999). Parenting Processes Related to Sexual Risk-Taking Behaviors of Adolescent Males and Females. *Journal of Marriage & Family*, 61(1), 99-109.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppi & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook*. New York: Guilford.
- Romer, D., & Stanton, B. F. (2003). Feelings about risk and the epidemic diffusion of adolescent sexual behavior. *Prevention Science*, 4(1), 39-53.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.
- Rose, A., Koo, H. P., Bhaskar, B., Anderson, K., White, G., & Jenkins, R. R. (2005). The influence of primary caregivers on the sexual behavior of early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), 135-144.
- Rosengard, C., Adler, N. E., Millstein, S. G., Gurvey, J. E., & Ellen, J. M. (2004). Perceived STD risk, relationship, and health values in adolescents' delaying sexual intercourse with new partners. *Sexually Transmitted Infections*, 80(2), 130-137.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenthal, D., & Feldman, S. (1999). The importance of importance: adolescents' perceptions of parental communication about sexuality. *Journal of Adolescence*, 22(6), 835-851.
- Rosenthal, D., Senserrick, T., & Feldman, S. (2001). A typology approach to describing parents as communicators about sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 30(5), 463-482.
- Rosenthal, S., Burklow, K. A., Lewis, L. M., Succop, P. A., & Biro, F. M. (1997). Heterosexual romantic relationships and sexual behaviors of young adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 21(4), 238-243.
- Rosenthal, S., Stanberry, L. R., Griffith, J. O., Succop, P. A., Biro, F. M., Lewis, L. M., et al. (2002). The relationship between STD locus of control and STD acquisition among adolescents girls. *Adolescence*, 37(145), 83-92.
- Rosenthal, S., Von Ranson, K. M., Cotton, S., Biro, F. M., Mills, L., & Succop, P. A. (2001). Sexual initiation: predictors and developmental trends. *Sexually Transmitted Diseases*, 28(9), 527-532.
-

-
- Ross, J., Godeau, E., & Dias, S. (2004). Sexual health. In C. Candace, R. Chris, M. Antony, S. Rebecca, S. Wolfgang, S. Oddrun & B. Vivian (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (Vol. 4, pp. 153-160). Copenhagen: Who Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents).
- Ross, J., Godeau, E., Dias, S., Vignes, C., & Gross, L. (2004). Setting politics aside to collect cross-national data on sexual health of adolescents. *SIECUS Report: Sexuality Information and Education Council of the United State*, 32(4), 28-34.
- Ross, M. W., & Fernandez-Esquer, M. E. (2005). Ethnicity in sexually transmitted infections and sexual behaviour research. *The Lancet*, 365(9466), 1209-1210.
- Roth, J. L., & Brooks-gunn, J. (2003). Youth development programs: risk, prevention and policy. *Journal of Adolescent Health*, 32(3), 170-182.
- Rotheram-Borus, M. (2000). Expanding the range of interventions to reduce HIV among adolescents. *AIDS*, 14(Suppl 1), S33-40.
- Rotheram-Borus, M., O'Keefe, Z., Kracker, R., & Foo, H.-H. (2000). Prevention of HIV among adolescents. *Prevention Science*, 1(1), 15-30.
- Roye, C., & Seals, B. (2001). A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(6), 78-87.
- Roye, C., & Hudson, M. (2003). Developing a culturally appropriate video to promote dual-method use by urban teens: rationale and methodology. *AIDS Education and Prevention*, 15(2), 148-158.
- Salazar, L. F., Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lescano, C. M., Brown, L. K., et al. (2005). Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among African American female adolescents: implications for sexual risk reduction interventions. *Health Education & Behavior*, 32(3), 413-427.
- Santelli, J., Kaiser, J., Hirsch, L., Radosh, A., Simkin, L., & Middlestadt, S. (2004). Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 200-208.
- Santelli, J., Lindberg, L. D., Abma, J., McNeely, C. S., & Resnick, M. (2000). Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives*, 32(4), 156-165.
- Santelli, J., Lowry, R., Brener, N. D., & Robin, L. (2000). The Association of Sexual Behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90(10), 1582-1588.
- Sather, L., & Zinn, K. (2002). Effects of Abstinence-only education on adolescent attitudes and values concerning premarital sexual intercourse. *Family & Community Health*, 25(2), 1-15.
- Schaalma, H. P., Abraham, C., Gillmore, M. R., & Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: what does it take? *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259-269.

-
- Schiff, M., McKay, M., Bell, C., Baptiste, D., Madison, S., & Paikoff, R. (2003). The role of personal contact with HIV-infected people in explaining urban, African American preadolescents' attitudes toward peers with HIV/AIDS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 101-108.
- Schmiedl, R. (2004). School-based condom availability programs. *The Journal of School Nursing*, 20(1), 16-21.
- Schuster, M. A., Bell, R. M., Berry, S. H., & Kanouse, D. E. (1998). Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Family Planning Perspectives*, 30(2), 67-72.
- Seal, D., Bogard, L., & Ehrhardt, A. (1998). Small group dynamics: the utility of focus group discussions as a research method. *Group dynamics*, 2(4), 253-266.
- Sharpe, T. (2003). Adolescent sexuality. *The Family Journal*, 11(2), 210-215.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90-132.
- Short, M. B., Succop, P. A., Mills, L., Stanberry, L. R., Biro, F. M., & Rosenthal, S. L. (2003). Non-exclusivity in adolescent girls' romantic relationships. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(10), 752-755.
- Shoveller, J. A., Johnson, J. L., Langille, D. B., & Mitchell, T. (2004). Socio-cultural influences on young people's sexual development. *Social Science & Medicine*, 59(3), 473-487.
- Siegel, D. M., Aten, M. J., & Enaharo, M. (2001). Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(10), 1117-1126.
- Simons-Morton, B., & Hartos, J. (2002). The authoritative parenting model and adolescent health behavior. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health* (pp. 100-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sinha, S., Jayakody, A., Curtis, K., Viner, R., & Roberts, H. (2005). How much does ethnicity influence adolescent sexual behavior? *Journal of Adolescent Health*, 36(2), 140-141.
- Sionean, C., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2002). Psychosocial and behavioral correlates of refusing unwanted sex among African-American adolescent females. *Journal of adolescent Health*, 30(1), 55-63.
- Siqueira, L. M., & Diaz, A. (2004). Fostering resilience in adolescent females. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 71(3), 148-154.
- Sison, J. D., Gillespie, B., & Foxman, B. (2004). Consistency of self-reported sexual behavior and condom use among current sex partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(5), 278-282.
- Skinner, H., Biscope, S., Poland, B., & Goldberg, E. (2003). How adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), e32. Retirado em, de.

-
- Small, S. A., & Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. *Journal of Marriage & the Family*, 56(1), 181-192.
- Smith, L. (2003). Partner influence on noncondom use: gender and ethnic differences. *Journal of Sex Research*, 40(4), 346-350.
- Somers, C. L., & Eaves, M. W. (2002). Is earlier sex education harmful? An analysis of the timing of school-based sex education and adolescent sexual behaviours. *Research in Education* (67), 23-26.
- Sormanti, M., Pereira, L., El-Bassel, N., Witte, S., & Gilbert, L. (2001). The role of community consultants in designing an HIV prevention intervention. *AIDS Education and Prevention*, 13(4), 311-328.
- Spencer, J. M., Zimet, G. D., Aalsma, M. C., & Orr, D. P. (2002). Self-Esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics*, 109(4), 581-584.
- Stallworth, J., Roofe, M., Clark, L. F., Ehiri, J. E., Mukherjee, S., Person, S., et al. (2004). Predictors of sexual involvement among adolescents in rural Jamaica. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(2), 165-178.
- Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. M. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79(4), 536-548.
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072-1085.
- Steele, J. R. (1999). Teenage sexuality and media practice: Factoring in the influences of family, friends, and school. *Journal of Sex Research*, 36(4), 331-341.
- Steenbeek, A. (2004). Empowering health promotion: a holistic approach in preventing sexually transmitted infections among first nations and inuit adolescents in Canada. *Journal of Holist Nursing*, 22(3), 254-266.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: parent-adolescent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Trevino, L. R., & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica de Mexico*, 45 (Suppl 1), S34-43.
- Stone, N., & Ingham, R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 191-197.
- Stone, N., & Ingham, R. (2003). When and why do young people in the United Kingdom first use sexual health services? *Perspectives on Sexual Reproductive Health*, 35(3), 114-120.

-
- Stueve, A., & O'Donnell, L. N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health, 95*(5), 887-893.
- Sulak, P. J. (2004). *Adolescent sexual health* (Vol. 53): Dowden Publications.
- Sumartojo, E. (2000). Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implications for research. *AIDS, 14* (Suppl 1), S3-10.
- Talashek, M. L., Norr, K. F., & Dancy, B. L. (2003). Building teen power for sexual health. *Journal of Transcultural Nursing, 14*(3), 207-216.
- Talashek, M. L., Peragallo, N., Norr, K., & Dancy, B. L. (2004). The context of risky behaviors for Latino youth. *Journal of Transcultural Nursing, 15*(2), 131-138.
- Tanne, J. H. (2005). Abstinence only programmes do not change sexual behaviour, Texas study shows. *British Medical Journal, 330*(7487), 326b.
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillan, E., Allen, B., Angeles-Llerenas, A., Cruz-Valdez, A., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 public school students. *Archives of Medical Research, 35*(4), 334-343.
- Taylor-Seehafer, M., & Rew, L. (2000). Risky sexual behavior among adolescent women. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 5*(1), 15-25.
- Thomson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 years old, 1990-1994: findings from WHO: Health Behaviour in School-Aged Children study (HBSC). *Health Education Research, 14*(3), 357-370.
- Tigges, B. B. (2001). Affiliative preferences, self-change, and adolescent condom use. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(3), 231-237.
- Tolman, D. T., & Szalacha, L. A. (1999). Dimensions of desire: Bridging qualitative and quantitative methods in a study of female adolescent sexuality. In E. B. Kimmel & M. Crawford (Eds.), *Innovations in feminist psychological research* (pp. 7-40). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trani, F., Gnisci, F., Nobile, C. G., & Angelillo, I. F. (2005). Adolescents and sexually transmitted infections: Knowledge and behaviour in Italy. *Journal of Paediatrics and Child Health, 41*(5-6), 260-264.
- Tremblay, L., & Frigon, J.-Y. (2004). Biobehavioural and cognitive determinants of adolescent girls' involvement in sexual risk behaviours: A test of three theoretical models. *Canadian Journal of Human Sexuality, 13*(1), 29-43.
- Tschann, J. M., Adler, N. E., Millstein, S. G., Gurvey, J. E., & Ellen, J. M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 31*(1), 17-25.
- UNAIDS. (1997). Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update. Retirado em 20-05-2004, de <http://www.unesco.org/education/educprog/pead/GB/AIDSGB/AIDSGBtx/Impact/Intro.pdf>

-
- UNAIDS. (2004a). *2004 Report on the global AIDS epidemic: 4th global report*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2004b). *AIDS Epidemic Update 2004*. Geneva: Joint United Nations programme on HIV/AIDS.
- UNESCO. (2003). HIV/Aids & Education: a strategic approach. Retirado em 27-05-04, de <http://portal.unesco.org/aids/iatt-education>
- UNFPA. (2003a). Preventing HIV/AIDS among adolescents through integrated communication programming. Retirado em 20-06-05, de http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/224_filename_hiv_adolescents02.pdf
- UNFPA. (2003b). Preventing HIV Infection, Promoting Reproductive Health: UNFPA Response 2003. Retirado em 12-02-05, de http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/204_filename_preventing-hiv-eng.pdf
- UNFPA. (2005). *The case for investing in young people*. New York: United Nations Population Fund.
- UNICEF. (2002a). *Adolescence: A Time That Matters*. Geneva: UNICEF.
- UNICEF. (2002b). *Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial*. Geneva: UNICEF.
- United Nations. (2003). *Adolescent substance use: risk and protective factors*. New York: United Nations.
- United Nations. (2005). Youth at the United Nations: World Youth Report. Retirado em 20-06-05, de <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/wyr05.htm>
- Upchurch, D. M., Aneshensel, C. S., Sucoff, C. A., & Levy-Storms, L. (1999). Neighborhood and Family Contexts of Adolescent Sexual Activity. *Journal of Marriage & Family*, 61(4), 920.
- Vala, J. (1986). A análise de Conteúdo. In A. S. Silva & J.M. Pinto (Eds.), *Metodologia das ciências sociais* (pp.101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. V. Cabral & M. J. Pais (Eds.), *Jovens portugueses de hoje* (pp. 215-305). Oeiras: Celta.
- Vesely, S. K., Wyatt, V. H., Oman, R. F., Aspy, C. B., Kegler, M. C., Rodine, S., et al. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), 356-365.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., 3rd, Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.
- Visser, M. J., Schoeman, J. B., & Perold, J. J. (2004). Evaluation of HIV/AIDS prevention in South African schools. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 263-280.

-
- Waldo, C., & Coates, T. (2000). Multiple levels of analysis and intervention in HIV prevention science: exemplars and directions for new research. *AIDS*, 14(Suppl 2), S18-26.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2003). Community intervention and effective practise. *The American Psychologist*, 58(67), 441-448.
- Ward, L. M. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental Review*, 23(3), 347-388.
- Ward, L. M., & Rivadeneyra, R. (1999). Contributions of entertainment television to adolescents' sexual attitudes and expectations: the role of viewing amount versus viewer involvement. *Journal of Sex Research*, 36(3), 237-249.
- Warr, D. (2005). "It was fun...but we don't usually talk about these things": Analyzing Sociable Interaction in Focus Groups. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 200-226.
- Waylen, A., & Wolke, D. (2004). Sex 'n' drugs 'n' rock 'n' roll: the meaning and social consequences of pubertal timing. *European Journal of Endocrinology*, 151(3), 151-159.
- Weinhardt, L. S., & Carey, M. P. (2001). Does alcohol lead to sexual risk behavior? *Annual Review of Sex Research*, 12, 125-157.
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(59), 806-820.
- Weinstein, N., & Sandman, P. (2002). The precaution adoption process model and its application. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health* (pp. 16-39). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weissberg, R., Kumpfer, K., & Seligman, M. (2003). Prevention that works with children and youth - an introduction. *American Psychologist*, 58(67), 425-432.
- Werner, E., & Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.
- Werner-Wilson, R. J., Fitzharris, J. L., & Morrissey, K. M. (2004). Adolescent and parent perceptions of media influence on adolescent sexuality. *Adolescence*, 39(154), 303-313.
- Whaley, A. (2000). Differential risk perceptions for unintended pregnancy, STDs, and HIV/AIDS among urban adolescents: some preliminary findings. *Journal of Genetic Psychology*, 161(4), 435-452.
- Whaley, A., & Winfield, E. B. (2003). Correlates of African American college students' condom use to prevent pregnancy, STDs, or both outcomes. *Journal of the National Medical Association*, 95(8), 702-709.
- Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.
- Whitaker, D., Miller, K., & Clark, L. (2000). Reconceptualizing adolescent sexual behavior: beyond did they or didn't they? *Family planning perspectives*, 32(3), 111-117.

-
- Whitaker, D., Miller, K., May, D., & Levin, M. (1999). Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives*, 31(3), 117-121.
- Whitbeck, L. B., Yoder, K. A., Hoyt, D. R., & Conger, R. D. (1999). Early Adolescent Sexual Activity: A Developmental Study. *Journal of Marriage & Family*, 61(4), 934-946.
- WHO. (1999). Preventing HIV/AIDS/STDs and related discrimination: an important responsibility of health-promoting schools. Document six. Retirado em 14-03-04, de http://www.who.int/school_youth_health/media/en/90.pdf
- WHO. (2000). *What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002a). *Adolescent friendly health services - an agenda for change*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002b). *Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents*. Geneva: World Health Organization & Department of Child and Adolescent Health and Development & Family and Community Health.
- WHO. (2003a). *Skills for Health: Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-friendly/health-promoting school*. Geneva: The World Health Organization Information Series on School Health: Document 9.
- WHO. (2003b). The World Health Report. Retirado em 20-02-05, de <http://www.who.int/whr/2003/>
- WHO. (2003c). Family life, reproductive health, and population education: key elements of a health-promoting school. Information series on school health. Retirado em 15-06-04, de http://www.who.int/school_youth_health/media/en/family_life.pdf
- WHO. (2004a). *The World Health Report: Changing History*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2004b). Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for young people. Retirado em 20-02-05, de http://www.who.int/hiv/pub/me/en/me_prev_intro.pdf
- WHO. (2004c). *Progress in reproductive health research: Sexual health - a new focus for WHO*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1986). *Young people's health: A challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: World Health Organization.
- Wichstrom, L. (2001). The impact of pubertal timing on adolescents' alcohol use. *Journal of Research on Adolescence*, 11(2), 131-150.
- Wight, D., & Abraham, C. (2000). From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme. *Health Education Research*, 15(1), 25-38.

-
- Wight, D., Henderson, M., Raab, G., Abraham, C., Buston, K., Scott, S., et al. (2000). Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1243-1244.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1454-1467.
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research. Exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3(3), 329-348.
- Willig, C. (1998). Constructions of sexual activity and their implications for sexual practice. *Journal of Health Psychology*, 3(3), 383-392.
- Wilton, T. (1997). *Engendering Aids: Deconstructing sex, text and epidemic*. London: Sage.
- Wingood, G., & DiClemente, R. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education & Behavior*, 27(5), 539-565.
- Wingood, G., & DiClemente, R. (2002). The theory of gender and power. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health* (pp. 313-345). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wolffers, I. (2000). Biomedical and development paradigms in Aids prevention. *Bulletin of the world Health Organization*, 78(2), 267-273.
- Woollett, A., Marshall, H., & Stenner, P. (1998). Young women's account of sexual activity an sexual /reproductive health. *Journal of Health Psychology*, 3(3), 369-381.
- Wu, Y., Burns, J. J., Stanton, B. F., Li, X., Harris, C. V., Galbraith, J., et al. (2005). Influence of prior sexual risk experience on response to intervention targeting multiple risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 56-63.
- Wulff, M., & Lalos, A. (2004). The condom in relation to prevention of sexually transmitted infections and as a contraceptive method in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 9(2), 69-77.
- Young, A. M., & d'Arcy, H. (2005). Older boyfriends of adolescent girls: the cause or a sign of the problem? *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 410-419.
- Young, A. M., Morales, M., McCabe, S. E., Boyd, C. J., & Darcy, H. (2005). Drinking like a guy: frequent binge drinking among undergraduate women. *Substance Use & Misuse*, 40(2), 241-267.
- Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.
- Zimmer-Gembeck, M. J. (2002). The development of romantic relationships and adaptations in the system of peer relationships. *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 216-225.

-
- Zimmer-Gembeck, M. J., Siebenbruner, J., & Collins, W. A. (2004). A Prospective Study of Intraindividual and Peer Influences on Adolescents' Heterosexual Romantic and Sexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 33(4), 381-394.
- Zwane, I. T., Mngadi, P. T., & Nxumalo, M. P. (2004). Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behaviour. *International Nursing Review*, 51(1), 15-22.

ANEXOS

ANEXO 1. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Variáveis dependentes	Valores que pode assumir
Actividade sexual	0- Não 1- Sim
Utilização do preservativo na última relação sexual	0- Sim 1- Não

Variáveis independentes de nível individual	Valores que pode assumir
Género	1- Masculino 2- Feminino
Região	1- Norte 2- Centro 3- Lisboa e Vale do Tejo 4- Alentejo 5- Algarve
Nacionalidade	1- Portuguesa 2- Não Portuguesa
Idade	Idade do adolescente, em anos, na altura de preenchimento do questionário
Sentir-se deprimido	1- Nunca/ raramente 2- Ocasionalmente 3- Frequentemente
Satisfação com a vida	Escala de 0 (mínimo) a 10 (máximo)
Frequência de fumar (último mês)	1- Nunca 2- Ocasionalmente 3- Frequentemente
Consumo de álcool (embriagar-se último mês)	1- Nunca 2- Ocasionalmente 3- Frequentemente
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	1- Nunca 2- Ocasionalmente 3- Frequentemente
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)	1- Nunca 2- Ocasionalmente 3- Frequentemente
Percepção da competência para recusar ter relações sexuais	Variável categorizada em três modalidades: 1- Fácil (agregou-se “Muito Fácil” e “Fácil”) 2- Difícil ou não é capaz (agregou-se “Muito difícil”, “Difícil” e “Não é capaz”) 3- Não sei

Variáveis independentes de nível individual	Valores que pode assumir
Percepção da competência para recusar ter relações sexuais sem preservativo	Variável categorizada em três modalidades: 1- Fácil (agregou-se "Muito Fácil" e "Fácil") 2- Difícil ou não é capaz (agregou-se "Muito difícil", "Difícil" e "Não é capaz") 3- Não sei
Percepção da competência para conversar com parceiro/a sobre o preservativo	Variável categorizada em três modalidades: 1- Fácil (agregou-se "Muito Fácil" e "Fácil") 2- Difícil ou não é capaz (agregou-se "Muito difícil", "Difícil" e "Não é capaz") 3- Não sei
Percepção da competência para convencer parceiro/a a usar o preservativo	Variável categorizada em três modalidades: 1- Fácil (agregou-se "Muito Fácil" e "Fácil") 2- Difícil ou não é capaz (agregou-se "Muito difícil", "Difícil" e "Não é capaz") 3- Não sei
Percepção da vulnerabilidade ao risco	1- Corro risco 2- Não corro risco 3- Não sei
Idade 1ª relação sexual	1- Menos de 11 anos 2- 12-14 anos 3- 15 anos ou mais
Relações sexuais associadas aos consumos	1- Sim 2- Não

Variáveis independentes de nível familiar	Valores que pode assumir
Estrutura familiar	1- Biparental 2- Monoparental 3- Recompota 4- Outra
Grau de instrução da mãe	1- Nunca estudou 2- 1º ciclo (até 4º ano) 3- 2º/3º ciclo (até 9º ano) 4- Secundário (até 12º ano) 5- Curso superior
Conversar sobre SIDA com familiares	Variável categorizada em duas modalidades: 1- Fácil (agregou-se "Muito Fácil" e "Fácil") 2- Difícil ou não fala (agregou-se "Muito difícil", "Difícil" e "Não falo")
Supervisão parental	Resultou da conjunção de 5 itens: "os pais sabem quem são os teus amigos", "os pais sabem onde gastas o dinheiro", "os pais sabem onde passas o tempo depois da escola", "os pais sabem onde vais à

	<p>noite” e “os pais sabem o que fazes nos seus tempos livres”. Cada um dos itens foi codificado para uma resposta dicotómica, constituindo a modalidade “sim=1”, os jovens que responderam “sabem muito” e a modalidade “não=0”, os jovens que responderam “sabem pouco” ou “não sabem”. Não foram considerados para a análise os jovens que responderam “não tenho ou não vejo os meus pais”. Estes 5 itens demonstraram ter um adequado grau de consistência interna (Alpha de Cronbach=.71). A variável “Supervisão parental”, que resulta da soma destes itens, apresenta um resultado que varia entre 0 e 5, reflectindo os valores mais elevados, uma maior supervisão parental.</p>
--	---

Variáveis independentes de nível interpessoal (pares)	Valores que pode assumir
Conversar sobre SIDA com pessoas da mesma idade	<p>Variável categorizada em duas modalidades:</p> <p>1- Fácil (agregou-se “Muito Fácil” e “Fácil”)</p> <p>2- Difícil ou não fala (agregou-se “Muito difícil”, “Difícil” e “Não falo”)</p>
Frequência com que vai a discotecas com os amigos	<p>1- Raramente</p> <p>2- Ocasionalmente</p> <p>3- Frequentemente</p>
Percepção do início das relações sexuais nos jovens	<p>1- Consideram que já iniciaram</p> <p>2- Consideram que não iniciaram</p>
Noites que sai com os amigos (por semana)	Varia entre 0 e 7

Variáveis independentes de nível escolar e comunitário	Valores que pode assumir
Capacidade escolar	<p>Variável categorizada em duas modalidades:</p> <p>1- Boa</p> <p>2- Média ou Inferior à média (agregou-se “Média” e “Inferior à média”)</p>
Envolvimento com a escola	<p>1- Gosto</p> <p>2- Não gosto</p>
Percepção acerca da comunidade de residência	<p>Resultou da conjunção de 5 itens de resposta dicotómica “sim=1” ou “não=2”: “as pessoas cumprimentam-se e falam uns com os outros”, “é seguro para as crianças brincar na rua durante o dia”, “pode-se confiar nas pessoas da zona”, “se precisares podes ter ajuda dos vizinhos” e “a maioria das pessoas ia aproveitar-se de ti se pudesse”. Este último foi recodificado inversamente de forma a estar coerente com os restantes itens. Os itens demonstraram ter um suficiente grau de consistência interna (Alpha de Cronbach=.56). A variável “Percepção acerca da comunidade de residência” que resulta da soma destes itens, apresenta um resultado que varia entre 5 e 10, reflectindo os valores mais elevados percepções mais negativas.</p>

**ANEXO 2. ANÁLISE DA REGRESSÃO LOGÍSTICA (MODELO UNIVARIADO)
PARA A VARIÁVEL “ACTIVIDADE SEXUAL”**

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Idade		1.609	(1.514 - 1.709)	.000
Género	Feminino	1.0		.000
	Masculino	.354	(.302 - .416)	
Nacionalidade	Portuguesa	1.0		.000
	Não Portuguesa	2.909	(2.253 - 3.757)	
Região	Norte	1.0		.000
	Centro	1.471	(1.223 - 1.770)	.000
	Lisboa e Vale do Tejo	1.504	(1.209 - 1.872)	.000
	Alentejo	2.216	(1.543 - 3.181)	.000
	Algarve	2.163	(1.560 - 2.999)	.000
Grau de satisfação com a vida		.946	(.908 - .986)	.008
Recusar ter relações sexuais indesejáveis	Fácil	1.0		.000
	Difícil ou não é capaz	1.097	(.766 - 1.571)	.000
	Não sei	.693	(.401 - 1.197)	.000
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0		.000
	Difícil ou não é capaz	.952	(.783 - 1.157)	.620
	Não sei	.402	(.300 - .539)	.000
Frequência de fumar (último mês)	Nunca	1.0		.000
	Ocasionalmente	2.176	(1.747 - 2.710)	.000
	Fuma regularmente	6.481	(5.246 - 8.007)	.000
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0		.000
	Ocasionalmente	3.621	(3.030 - 4.328)	.000
	Embriaga-se regularmente	13.550	(10.232 - 17.944)	.000
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0		.000
	Ocasionalmente	4.869	(3.710 - 6.391)	.000
	Consome regularmente	8.495	(5.126 - 14.07)	.000
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)	Nunca	1.0		.000
	Ocasionalmente	2.058	(1.729 - 2.450)	.000
	Envolve-se regularmente	4.655	(3.516 - 6.162)	.000
Relações sexuais associadas a consumos	Não	1.0		.000
	Sim	.032	(.018 - .059)	
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Corre risco	1.0		.000
	Não corre risco	.721	(.590 - .880)	.001
	Não sei	.603	(.486 - .748)	.000
Conversar com os pares sobre SIDA	Fácil	1.0		.039
	Difícil ou não fala	.762	(.589 - .986)	
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0		.047
	Difícil ou não fala	.990	(.841 - 1.165)	
Estrutura familiar	Biparental	1.0		.000
	Monoparental	1.736	(1.367 - 2.204)	.000
	Reconstruída	2.296	(1.705 - 3.093)	.000
	Outra	1.692	(1.243 - 2.304)	.001
Grau de instrução da mãe	Nunca estudou	1.0		.000
	1º ciclo (até 4º ano)	.375	(.235 - .598)	.000
	2º/3º ciclo (até 9º ano)	.334	(.208 - .536)	.000
	Secundário (até 12º ano)	.333	(.202 - .546)	.000
	Curso superior	.333	(.202 - .551)	.000
Supervisão parental		.737	(.702 - .775)	.000
Número de noites que sai com os amigos		1.552	(1.482 - 1.624)	.000
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0		.000
	Ocasionalmente	3.275	(2.704 - 3.966)	.000
	Frequentemente	7.249	(5.777 - 9.095)	.000
Percepção do início das relações sexuais nos jovens	Consideram que já iniciaram	1.0		.000
	Consideram que não iniciaram	.199	(.165 - .240)	
Envolvimento com a escola	Gosta da escola	1.0		.000
	Não gosta da escola	1.417	(1.206 - 1.664)	
Capacidade escolar	Boa	1.0		.000
	Média ou inferior à média	2.289	(1.945 - 2.693)	
Percepção da comunidade		1.226	(1.110 - 1.354)	.000

**ANEXO 3. ANÁLISE DA REGRESSÃO LOGÍSTICA (MODELO UNIVARIADO)
PARA A VARIÁVEL “UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO
SEXUAL”**

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Nacionalidade	Portuguesa	1.0		
	Não Portuguesa	2.046	(1.369-3.05)	.000
Grau de satisfação com a vida		.899	(.836 - .966)	.004
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0		.025
	Difícil ou não é capaz	1.305	(.905 - 1.882)	.154
	Não sei	1.996	(1.169 - 3.408)	.011
Conversar com parceiro/a sobre o preservativo	Fácil	1.0		.007
	Difícil ou não é capaz	1.360	(.815 - 2.269)	.239
	Não sei	3.147	(1.487 - 6.661)	.003
Convencer parceiro/a a usar o preservativo	Fácil	1.0		.001
	Difícil ou não é capaz	1.397	(.857 - 2.278)	.180
	Não sei	3.568	(1.834 - 6.940)	.000
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0		.002
	Ocasionalmente	.808	(.573 - 1.139)	.224
	Embriaga-se regularmente	1.619	(1.110 - 2.361)	.012
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0		.011
	Ocasionalmente	.841	(.545 - 1.296)	.432
	Consome regularmente	2.281	(1.273 - 4.084)	.006
Idade da 1ª relação sexual	11 anos ou menos			.000
	12-14 anos	.296	8.198 - .441)	.000
	15 anos ou mais	.273	(.178 - .419)	.000
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Corre risco	1.0		.034
	Não corre risco	.649	(.450 - .936)	.021
	Não sei	.941	(.637 - 1.389)	.759
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0		.006
	Difícil ou não fala	1.539	(1.132 - 2.091)	
Número de noites que sai com os amigos		.917	(.854 - .984)	.016
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0		.025
	Ocasionalmente	.704	(.491 - 1.010)	.057
	Frequentemente	.602	(.408 - .887)	.010

**ANEXO 4. ANÁLISE DA REGRESSÃO LOGÍSTICA (MODELO MULTIVARIADO)
PARA A VARIÁVEL “ACTIVIDADE SEXUAL” PARA O GÉNERO MASCULINO**

Variável		OR	IC a 95%	Valor p
Idade		1.060	(.928-1.211)	.392
Nacionalidade	Portuguesa	1.0		.000
	Não Portuguesa	3.277	(1.755-6.119)	
Região	Norte	1.0		.407
	Centro	.906	(.600-1.367)	.638
	Lisboa e Vale do Tejo	1.188	(.755-1.867)	.456
	Alentejo	1.698	(.843-3.417)	.138
	Algarve	1.305	(.663-2.570)	.441
Grau de satisfação com a vida		1.025	(.928-1.133)	.626
Recusar ter relações sexuais indesejáveis	Fácil	1.0		.216
	Difícil ou não é capaz	.993	(.638-1.546)	.975
	Não sei	.567	(.296-1.086)	.087
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0		.141
	Difícil ou não é capaz	1.307	(.866-1.973)	.203
	Não sei	.681	(.352-1.319)	.255
Frequência de fumar (último mês)	Nunca	1.0		.059
	Ocasionalmente	1.370	(.843-2.225)	.204
	Fuma regularmente	1.919	(1.108-3.323)	.020
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0		.000
	Ocasionalmente	1.691	(1.160-2.464)	.006
	Embriaga-se regularmente	3.440	(1.949-6.073)	.000
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0		.356
	Ocasionalmente	.654	(.366-1.170)	.152
	Consome regularmente	.882	(.277-2.810)	.832
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)	Nunca	1.0		.004
	Ocasionalmente	1.391	(.978-1.977)	.066
	Envolve-se regularmente	2.525	(1.424-4.476)	.002
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Corre risco	1.0		.581
	Não corre risco	1.197	(.801-1.788)	.381
	Não sei	1.014	(.658-1.562)	.952
Conversar com os pares sobre SIDA	Fácil	1.0		.377
	Difícil ou não fala	.770	(.430-1.376)	
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0		.365
	Difícil ou não fala	1.187	(.819-1.721)	
Estrutura familiar	Biparental	1.0		.090
	Monoparental	.678	(.382-1.200)	.182
	Reconstruída	1.990	(1.015-3.902)	.045
	Outra	1.134	(.569-2.259)	.721
Grau de instrução da mãe	Nunca estudou	1.0		.030
	1º ciclo (até 4º ano)	.648	(.218-1.927)	.435
	2º/3º ciclo (até 9º ano)	.509	(.169-1.536)	.231
	Secundário (até 12º ano)	.478	(.154-1.487)	.203
	Curso superior	.267	(.082-.872)	.029
Supervisão parental		.898	(.808-.998)	.046
Número de noites que sai com os amigos		1.238	(1.131-1.355)	.000
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0		.001
	Ocasionalmente	1.634	(1.117-2.391)	.011
	Frequentemente	2.358	(1.452-3.831)	.001
Percepção do início das relações sexuais nos jovens	Consideram que não iniciaram	1.0		.000
	Consideram que já iniciaram	3.086	(2.136-4.458)	
Envolvimento com a escola	Gosta da escola	1.0		.314
	Não gosta da escola	1.194	(.846-1.685)	
Capacidade escolar	Boa	1.0		.865
	Média ou inferior à média	.970	(.686-1.373)	
Percepção da comunidade		1.497	(1.091-2.054)	.012

**ANEXO 5. ANÁLISE DA REGRESSÃO LOGÍSTICA (MODELO MULTIVARIADO)
PARA A VARIÁVEL “ACTIVIDADE SEXUAL” PARA O GÉNERO FEMININO**

Variável	OR	IC a 95%	Valor p
Idade	1.660	(1.424-1.937)	.000
Nacionalidade	Portuguesa	1.0	.540
	Não Portuguesa	1.234	(.630-2.414)
Região	Norte	1.0	.048
	Centro	1.703	(1.046-2.772)
	Lisboa e Vale do Tejo	1.736	(1.085-2.778)
	Alentejo	2.329	(1.039-5.221)
	Algarve	.956	(.423-2.161)
Grau de satisfação com a vida	1.075	(.974-1.187)	.150
Recusar ter relações sexuais indesejáveis	Fácil	1.0	.195
	Difícil ou não é capaz	1.363	(.681-2.725)
	Não sei	.927	(.322-2.673)
Recusar ter relações sexuais sem preservativo	Fácil	1.0	.651
	Difícil ou não é capaz	.698	(.401-1.216)
	Não sei	.458	(.165-1.271)
Frequência de fumar (último mês)	Nunca	1.0	.000
	Ocasionalmente	1.978	(1.224-3.198)
	Fuma regularmente	4.321	(2.574-7.256)
Frequência de embriaguez (último mês)	Nunca	1.0	.227
	Ocasionalmente	1.331	(.874-2.028)
	Embriaga-se regularmente	1.760	(.849-3.647)
Frequência de consumo de drogas ilegais (último mês)	Nunca	1.0	.479
	Ocasionalmente	.964	(.478-1.944)
	Consome regularmente	.436	(.113-1.691)
Frequência de envolvimento em lutas (últimos 12 meses)	Nunca	1.0	.413
	Ocasionalmente	1.370	(.837-2.244)
	Envolve-se regularmente	.886	(.287-2.734)
Percepção de risco de infecção ao VIH/SIDA	Corre risco	1.0	.256
	Não corre risco	.710	(.438-1.151)
	Não sei	.670	(.408-1.100)
Conversar com os pares sobre SIDA	Fácil	1.0	.636
	Difícil ou não fala	.813	(.345-1.915)
Conversar com os pais sobre SIDA	Fácil	1.0	.260
	Difícil ou não fala	1.265	(.841-1.904)
Estrutura familiar	Biparental	1.0	.008
	Monoparental	2.433	(1.455-4.069)
	Reconstruída	1.228	(.606-2.488)
	Outra	1.473	(.651-3.333)
Grau de instrução da mãe	Nunca estudou	1.0	.459
	1º ciclo (até 4º ano)	.843	(.237-2.995)
	2º/3º ciclo (até 9º ano)	1.037	(.290-3.716)
	Secundário (até 12º ano)	.774	(.205-2.913)
	Curso superior	1.365	(.360-5.171)
Supervisão parental	.898	(.789-1.021)	.101
Número de noites que sai com os amigos	1.088	(.955-1.239)	.207
Frequência com que vai a discotecas	Raramente	1.0	.015
	Ocasionalmente	1.456	(.931-2.276)
	Frequentemente	2.242	(1.297-3.873)
Percepção do início das relações sexuais nos jovens	Consideram que não iniciaram	1.0	.000
	Consideram que já iniciaram	2.781	(1.758-4.399)
Envolvimento com a escola	Gosta da escola	1.0	.069
	Não gosta da escola	1.458	(.971-2.190)
Capacidade escolar	Boa	1.0	.889
	Média ou inferior à média	1.029	(.686-1.544)
Percepção da comunidade	.821	(.600-1.123)	.217

ANEXO 6. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS CONSELHOS EXECUTIVOS DAS
ESCOLAS PARA A REALIZAÇÃO DOS “GRUPOS FOCAIS”

Ao Conselho Executivo da Escola

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2003

Exmos. Senhores:

No âmbito do trabalho de doutoramento sobre o tema: “Comportamentos sexuais na adolescência: prevenção de VIH/SIDA” que a investigadora Sónia Maria Ferreira Dias está a desenvolver no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Pretende-se realizar discussões de grupo com alunos de várias Escolas portuguesas que se encontrem a frequentar o 10^a ano de escolaridade.

Neste sentido, vem-se por este meio solicitar a vossa colaboração em relação ao processo de recolha de dados, pedindo autorização para reunir com 12 alunos (durante cerca de uma hora e meia) tentando aprofundar o conhecimento acerca das suas opiniões no que se refere ao tema do trabalho. A realização da discussão em grupo com os alunos será precedida de um primeiro encontro, onde se apresentam os objectivos gerais do estudo e onde é garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados e obtido o consentimento voluntário dos participantes. Esta discussão abrangerá vários aspectos, como: ocupação de tempos livres, relações sociais com os amigos, escola e capacidade/rendimento escolar, comunicação sobre questões ligadas aos afectos, sexualidade e educação sexual, tomadas de decisão, conhecimentos, crenças, atitudes face aos comportamentos sexuais e VIH/SIDA e comportamentos preventivos face ao risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Contando com o vosso apoio para a boa prossecução deste trabalho.

Subcrevo-me atentamente

A investigadora

ANEXO 7. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
PARA A REALIZAÇÃO DOS “GRUPOS FOCAIS”

Exmo. Sr.(a) Encarregado de Educação,

No âmbito do desenvolvimento do trabalho de doutoramento sobre o tema: “Comportamentos sexuais na adolescência: prevenção de VIH/SIDA” que está a ser realizado por uma investigadora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa, vimos por este meio solicitar autorização para a participação do seu educando numa entrevista colectiva, a realizar na Escola _____, no dia __/__/__, às ____ horas. A entrevista terá uma duração aproximada de 90 minutos. Mais se acrescenta que serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, sendo estes apenas utilizados para fins académicos.

Agradece-se desde já a atenção dispensada.

Contando com o vosso apoio para a boa prossecução deste trabalho.

Subscrevo-me atentamente

A investigadora
